Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja:
Ulica Podwale Nr. 84.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Boulv. Voltaire 180, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują.
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 15 października 1881. №. 42. Rok XX.

I. Doświadczenia z dziedziny neurochirurgii.

Podał Docent Dr. Obaliński.

I. Naciąganie nerwów *(neurotonia)*.

Operacyja ta nie jest dzisiaj już nową, dwanaście bowiem lat upływa od czasu, jak ją po raz pierwszy mimo woli wykonał Billroth, a dziewiąty rok jak téj metody świadomie w celach leczniczych użył Nussbaum. Odtąd zaczęto jéj coraz to częściéj używać. Oprócz Nussbauma gorąco, zajął się tą sprawą Vogt w Gryfii i przysporzył jéj nie mało zwolenników wydając w r. 1877 swą monografiję opartą na studyjach doświadczalnych i klinicznych pod napisem: *„Die Nervendehnung als Operation in der chirurgischen Praxis.“* Chcąc nadać operacyi téj podstawę fizyjologiczną, umiejętną i znaleźć nowe tory dla wskazań, przedsięwziął autor szereg doświadczeń, które go do następnych doprowadziły rezultatów: 1) że nerw prawidłowy jest w bardzo miernym stopniu elastycznym i rozciągliwym. Granice téj rozciągliwości schodzą się z granicami fizyjologicznych ekskursyj poje lyńczych części ciała. Nie przekraczając tych granic w czasie naciągania nie sprowadzamy zboczeń w przewodnictwie nerwów; 2) że naciąganie nerwów, chociażby posunięto je aż do przerwania tegoż, nie wywiera mechanicznego wpływu ani na rdzeń pacierzowy ani nawet na korzenie nerwowe, że zaś przeciwnie działa ono na obwodowe zakończenia nerwów; 3) że anatomiczne zmiany, naciąganiem wywołane, polegają na przesunięciu i złużnieniu nerwu w swéj pochwie (owłókni) i na znaczniejszém pokręceniu i rozszerzeniu naczyń pochewkowych. Nie tak dobrze wypadły mu badania z nerwami w stanie patologicznym, gdyż z jednéj strony nie udało mu się wywołać u zwierząt tężca, a z drugiéj strony sztucznie sprowadzone zapalenie nerwów *(neuritis)* przebiegało po większéj części dobrze w mniéj więcéj dwudziestu kilku dniach; to tylko sprawdził Vogt, że naciągając równocześnie zadrażniony nerw skrócił przebieg zapalenia i przerywał bieg jego dośrodkowy. Podówczas zestawił on 12 przypadków naciągania nerwów, z ktróych 7 przypadło na newralgije, 1 na kloniczne kurcze, 2 na padaczkę i 2 na tężec urazowy. W końcu zastanawia się autor nad techniką operacyi i podaje dokładne wskazówki anatomiczno-topograficzne.

Odtąd mnożyły się przypadki naciągania nerwów coraz bardziéj lecz tylko w zakresie wyżéj wymienionych chorób. Dopiero Langenbuch rozszerzył znacznie jéj wskazania, ogłaszając w r. 1879 swój pierwszy przypadek wyleczenia chorego dotkniętego wiądem rdzenia pacierzowego. Świetny ten rezultat wywołał w świecie lekarskim znaczny ruch; jedni poszli w ślad za Langenbuchem i stwierdzali jego zdobycze w szpitalach, jak Esmarch, Erlenmayer, Debove, Schüssler i inni; u drugich wzbudził on podejrzenia i niedowierzania, których jawnym dowodem była nieco przyostra i przeciw chirurgom zawodowym w ogóle skierowana przemowa Leydena, a którą z godnością lecz dosadnie odparł nestor chirurgów Langenbeck; u innych wreszcze reakcyja ta wydala może najzbawienniejsze skutki, albowiem zwróciła ich do sumiennych i ściśle umiejętnych badań, nad któremi przedewszystkiém zastanowić nam się wypada.

Na pierwszém miejscu zasługują na wzmiankę prace francuzkie: Brown-Séquard przecinał zwierzętom rdzeń pacierzowy do połowy, przez co wywołał anestezyję w odnodze tylnéj przeciwnéj strony. Po naciągnieniu tamże nerwu kulszowego albo wracało czucie albo nawet pojawiała się hyperestezyja. — Do odmiennych rezultatów doszli Debove i Laborde. Wywoływali oni przez przecięcie połowicze lub całkowite rdzenia pacierzowego oprócz ogólnéj epilepsyi także i częściową, która się objawiała energiczném drżeniem tylnych odnóg przy lekkiém nawet podrażnieniu którejkolwiek z tych odnóg. Po naciągnieniu prawego nerwu kulszowego nie wywoływało szczypanie prawéj odnogi powyższych odruchów, podczas gdy szczypanie lewéj sprowadzało natychmiast drżenie w prawéj, zkąd wniosek, że naciągnięty nerw nie przewodzi dośrodkowo tylko odśrodkowo, czyli że naciąganie nerwu znosi jego przewodnictwo czucia pozostawiając ruchy nienaruszonemi. Doświadczenia te potrzebują jeszcze kontroli, gdyż jak widzimy rezultaty tych ostatnich badaczy sprzeciwiają się doświadczeniom Brown Séquarda.

Witkowski w Strassburgu badał pod mikroskopem nerwy za życia naciągane i twierdzi na podstawie tych badań, że naciąganie nie działa tylko po prostu dynamicznie lub zmieniając krążenie krwi w nerwie, lecz sprowadza w niém zwyrodnienie, po którém wkrótce następuje odradzanie, uważa zatém naciąganie za rodzaj odświeżenia nerwu.

W końcu wypada mi przytoczyć zapatrywania samego Langenbucha, które ściśle loicznie przeprowadzone nadzwyczaj ponętnie do przekonania mego trafiają. Przedewszystkiém twierdzi on, że ataksyja dopiero w końcowych okresach objawia się jako skleroza sznurów tylnych i że ona bierze początek w zwyrodnieniu nerwów, a na poparcie tego twierdzenia przytacza: 1) że bardzo mało znamy zmiany anatomopatologiczne w początkowych okresach ataksyi; 2) że przy operacyi naciągania nerwów tak często te ostatnie znachodzimy zmienione; 3) że zazwyczaj ulegają zwyrodnieniu sznury klinowate, które są przedłużeniem istoty nerwowéj obwodowéj; 4) że w największéj liczbie przypadków da się wykazać zziębnięcie, i to najczęściéj skutkiem przemoczenia nóg, jako przyczyna choroby; 5) bóle strzelające w odnogach dolnych pojawiające się w przebiegu ataksyi, a dające się uśmierzać miejscowemi manipulacyjami, także przemawiają za obwodowém pochodzeniem saméj choroby.

Okoliczność, że skleroza tkanki łącznéj więcéj szkodzi włóknom nerwowym rdzenia pacierzowego niż samych nerwów obwodowych, ma mieć przyczynę w stosunkach miejscowych, a mianowicie w wolném położeniu tych ostatnich, a szczelnie zamkniętém pierwszego.

Zastanawiając się z tego stanowiska na chorobę wyobraża sobie Langenbuch, że naciąganie nerwów działa podobnie jak wiele innych środków mechanicznych używanych w celu usunięcia wypocin, stwardnień, zesztywnień itp. stanów pozapalnych, a jakiemi są rozcieranie, smarowanie, mięsienie *(massage)* itd. Z drugiéj strony, powołując się już na Brown-Séquarda, twierdzi, że pobudzające działanie naciągania służy do wzmocnienia pozostałych jeszcze włókien nerwowych, które oprzeć się mają biorącéj nad niemi przewagę tkance łącznéj i zastąpić w czynności uległe już w téj walce inne włókna nerwowe.

Po tém krótkiém rozpatrzeniu się w obecném stanowisku wiedzy naszéj na tém polu, przyzna każdy, że tu jeszcze wiele jest do zrobienia, a przedewszystkiém potrzeba sumiennych sprawozdań klinicznych i szpitalnych i to obejmujących nie tylko pomyślne ale i niepomyślne przypadki, do czego lekarzy wzywają Westphal i Erb. To też i ja, idąc za tym głosem, podaję do publicznéj wiadomości moje doświadczenia, zebrane w oddziale chirurgicznym szpitala św. Łazarza.

Naciągania nerwów dokonałem w czterech przypadkach, a mianowicie dwa razy w zapaleniu nerwu (*neuritis)*, raz w tężcu *(tetanus)* i raz w wiądzie rdzenia pacierzowego (*tabes dorsalis*).

1) Hildegarda Z. panna, lat 30 licząca, zgłosiła się na oddział chirurgiczny szpitala św. Łazarza w dniu 18 lipca 1877 r. z powodu bardzo znacznych, sen odbierających, bólów w odnodze górnéj lewéj, które trwają już od pół roku, wystąpiwszy po upadnięciu na rękę lewą. Podówczas założył lekarz miejscowy, w przypuszczeniu złamania kości sprychowéj, przyrząd ustalający od połowy ręki aż do połowy ramienia, i usunął tym sposobem nieznośne bóle, które jednak po zdjęciu przyrządu, tj. po 4 tygodniach, z tą samą wystąpiły gwałtownością jak i poprzednio. W tym czasie widziałem chorą po raz pierwszy, było to mniéj więcéj w 2 miesiące po doznaném uszkodzeniu. Przekonawszy się dokładnie, że tu nie ma żadnego cierpienia w stawie nadgarstkowym, pomimo że chora okazuje zagięcie ręki ku wewnątrz (*Flexions-Contractur*), daléj że na kości sprychowéj w jéj dolnéj $1/3$ części nie ma żadnych zboczeń, któreby przemawiały za świeżo wyleczoném złamaniem téjże kości, a natomiast znalazłszy bolesność przy ucisku na nerwy: sprychowy, łokciowy i pośrodkowy nie tylko na przedramieniu lecz i na ramieniu obok początkowych zmian odżywczych w saméj ręce rozpoznałem zapalenie nerwu dośrodkowe (*neuritis ascendens nervorum brachii sinistri*) i odesłałem pacyjentkę do kolegi Domańskiego celem stosowania prądu galwanicznego.

Gdy jednakże chora po kilku tygodniach znów się zgłosiła do mnie twierdząc, że mimo leczenia elektrycznością, które jéj nadto z powodu znacznego oddalenia (mieszkała na Podgórzu) bardzo było uciążliwém, choroba nie tylko daléj postępuje, ale przybiera bardzo groźne rozmiary, albowiem bóle pojawiają się już i na szyi i to z taką gwałtownością, iż chora po całych nocach nie sypia; przedstawiłem jéj, że mogę ją przyjąć na oddział chirurgiczny w szpitalu św. Łazarza celem wykonania na niéj naciągania nerwów, która to operacyja właśnie co świeżo zalecaną była w podobnych nerwowych przypadach przez Nussbauma i Vogta, kładąc nacisk na to, iż nie wiem, czy jéj to pomoże, lecz że dla próby radzę poddać się temu rękoczynowi.

Chora przyjęła tę propozycyję prawie z entuzyjazmem i w kilka dni późniéj była już w szpitalu.

Celem uzupełnienia stanu jéj ówczesnego dodać winienem, że pacyjentka była bardzo miernie odżywioną, że oprócz pewnego stopnia nerwowości macinniczéj *(hysteriasis)*, obok bólu pojawiającego się przy ucisku na okolicę lewego jajnika, nie okazywała zresztą żadnych innych zboczeń. Miesiączkowanie odbywało się prawidłowo. W dniu 24 lipca przystąpiłem po zachloroformowaniu choréj do operacyi, która polegała na tém, iż odsłoniłem na ramieniu lewém wszystkie trzy nerwy: sprychowy, łokciowy i pośrodkowy, oddzieliłem je od ich pochewek i tak dośrodkowo jak i odśrodkowo silnie naciągnąłem. Na odsłoniętych nerwach nie udawało mi się dostrzegać jakiéjkolwiek zmiany patologicznéj. Operacyja i opatrunek z zachowaniem antyseptycznych przepisów. Tuż po operacyi mogła chora otworzyć palce przed tém ciągle ku dołowi zagięte.

Z przebiegu pooperacyjnego wypada zanotować co następuje: Już tego samego wieczora skarżyła się chora na takie same bóle jak przed operacyją, również i na drugi dzień, tak iż musiano powrócić do wstrzykiwań podskórnych morfinu, jakie brała przed operacyją. Bóle zaczęły się zmniejszać dopiero po dwóch tygodniach równocześnie z postępem zabliźniania się ran operacyjnych. W miesiąc po operacyi opuszcza chora zakład zupełnie bez bólów i z możebnością poruszania tak palcami jakoteż w łokciu i ramieniu, czego przed tém wykonywać nie mogła; z dawnych przypadów pozostało jedynie wychudnienie ręki i zagięcie w stawie nadgarstkowym, chociaż w mniejszym stopniu niż poprzednio.

Tak ja jak i pacyjentka byliśmy entuzyjazmowani dla nowéj metody operacyjnéj i wyczekiwałem niecierpliwie drugiego przypadku, na którymby można stwierdzić świetne te rezultaty. Nie długo jednak niestety cieszyliśmy się niemi. Po dwóch bowiem miesiącach zaczęła się chora znów skarżyć na powracające bóle, a po trzech znalazłem ją tak samo cierpiącą jak przed operacyją. W tym stanie przebyła

chora kilka lat; na wiosnę bieżącego roku zgłosiła się znów do mnie z prośbą aby jéj naciągnąć nerwy na szyi, gdyż bóle jéj tam najbardziéj dokuczają. W obec poprzedniego doświadczenia nie mogłem się na to zgodzić i odesłałem znowu pacyjentkę do kolegi Domańskiego, którego usilnym zabiegom udało się ostatecznie doprowadzić do tego iż przy używaniu prądu stałego bóle w znacznéj części ustąpiły a zwolna wraca władza w palcach i ruchomość w stawach.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Z kliniki chirurgicznéj Prof. Billrotha w Wiedniu.

O użyciu jodoformu w leczeniu ran.

Skreślił Dr. Jan Mikulicz
asystent powyższéj kliniki i docent prywatny w Uniwersytecie wiedeńskim.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 41.)

Zarówno zadowalającemi były skutki, jakieśmy jodoformem osiągnęli po operacyjach w prostnicy. Naprzód wspomnę tu o operacyjach przetok prostnicowych, między któremi znajdowały się także takie, w których musiano wykonać wysoko sięgające nacięcia. We wszystkich razach wkładaliśmy w świeże rany paski gazy jodoformowéj, które pozostawialiśmy przez 5—8 dni, podczas gdy zarazem opiatami stolec powstrzymywaliśmy. Dopiero pod koniec pierwszego tygodnia pierwotne paski gazy z pierwszym stolcem wydalone zostały, a odtąd zmieniano takowe za każdym stolcem. Przytém paski same prawie zawsze były bezwonne, a zapalnego podrażnienia nie było nigdy. Rozumie się przez się, że chorzy przytém prawie żadnych boleści nie czuli, jakoteż o wiele lepiéj się mieli aniżeli wtedy, gdyby opatrunek codziennie zmieniano. Skoro tylko rany czysto brodawkować zaczęły, zastąpiliśmy opatrunek jodoformowy opatrunkiem maściowym.

Daléj przeprowadziliśmy w 3ch ciężkich przypadkach wycięcia prostnicy z powodu raka leczenie gazą jodoformową. Jak wiadomo tego rodzaju rękoczyny ostatniemi czasy dzięki Volkmannowi doszły do wysokiego stopnia doskonałości. Volkmann wykazał, że w lżejszych przypadkach można opatrunek Listerowski z bardzo dobrym skutkiem zastósować, podczas gdy w przypadkach trudniejszych za pomocą ustawicznego natryskiwania można osiągnąć przebieg aseptyczny. Do drugiego rodzaju przypadków należą głównie wysoko sięgające raki prostnicy, dla wycięcia których musiano jamę otrzewnową we większym rozmiarze otworzyć. Do tych operacyj odnosi się zresztą po części i to, com powyżéj o laparotomijach powiedział: los chorego pod pewnym względem już po dokonaniu operacyi jest rozstrzygniętym: t. j. otworzona jama otrzewnowa albo została zakażoną już podczas operacyi lub téż nie, a w miarę tego śmiertelne zapalenie otrzewny rozwinie się lub nie rozwinie się. Z tego téż powodu należy wystąpienie ostrego zapalenia otrzewny po największéj części przypisać błędowi popełnionemu podczas operacyi a nie jakiemuś błędowi w ciągu leczenia. Nie mogę się tu zapuścić w obszerniejszą dyskusyję nad tym przedmiotém, który stanowi wielce ważną kwestyję, będącą na porządku dziennym, a chciałbym tu podać tylko sposób, w jaki się u nas po takich operacyjach przeprowadza leczenie, które pod względem prostoty i większéj pewności również na pierwszeństwo zasługuje przed innemi metodami.

W owych 3ch wspomnianych przypadkach otworzono dwa razy otrzewną na większym obszarze. Po dokonanéj operacyi włożono w zdrową część prostnicy rurę drenową większego kalibru, aby umożliwić ujście gazom i odchodom; w około jednak zatkano całą ranę gazą jodoformową. Jeden z tych 3ch chorych umarł wkrótce w skutek ostrego zapalenia otrzewny; już podczas operacyi można było przypuścić, że otrzewna zakażoną została odchodami; w tym przypadku przeto nie mogło już także i leczenie dalsze pomódz. Dwaj inni chorzy wyzdrowieli. W jednym przypadku zostawała gaza jodoformowa przez 5 dni w ranie, zanim ją świeżą zastąpiono. Zatykadła pozostały zupełnie bezwonne a objawów zapalenia brakowało w okolicy. W ostatnim, przezemnie operowanym, przypadku, w którym chodziło o wycięcie ponownego raka, sięgającego aż do kości krzyżowéj, w którym nadto otrzewną w dwóch miejscach otwarto, pozostawiłem zatykadła nawet przez dwa tygodnie, a jednak nie spostrzegłem, aby asepsis została zagrożoną pomimo przepływających odchodów.

Że zastósowanie jodoformu także do ran, stojących w związku z narządem moczowym, jest w stanie sprowadzić prawie absolutnie pewny i aseptyczny przebieg gojenia się, o tém świadczą dwa przypadki. Tyczyły się one dwóch chorych z wielce rozwiniętym rakiem członka. Podczas gdy w amputacyjach członka w lżejszych razach posługujemy się żegadłem, musiano w tych przypadkach utworzyć u nasady członka naprzód manszet skórny, poczém dopiero można było członek wyłuszczyć aż do korzenia ciał jamistych i tu dopiero odłączyć. Przez to powstała obszerna rana, otoczona po części tkanką jamistą, po części zaś tkanką łączną, w któréj głębi ujście cewki moczowéj wpadało. W obu przypadkach wypełniono te rany jamiste po prostu gazą jodoformową, którą zostawiono przez cały tydzień, zmieniając ją tylko po części powierzchownie. Dodaję tu wyraźnie, że nie używano cewnika. Chory początkowo oddawał mocz mimowiednie, a mocz przeciekał przez zatykadła jodoformowe. A chociaż one ustawicznie zwilżone były moczem i wydzielinami rany, to jednak brakowało rozkładania się, odoru i zapalnego oddziaływania. Chorzy byli w stanie już po kilku dniach powstać z opatrunkiem jodoformowym z łóżka; w drugim tygodniu rana była wyłożona czystą ziarniną.

Do téj tu opisanéj kategoryi ran należy wreszcie 5 przypadków całkowitego wyłuszczenia macicy *per vaginam*, których dalsze leczenie również w odpowiedni sposób gazą jodoformową przeprowadzono, a z których 4 przypadki z pomyślnym skutkiem przebiegły. Jak wiadomo, wykonał prof. Billroth już dawniéj 9 całkowitych wyłuszczeń macicy, a mianowicie 2 razy według metody Freunda przez laparotomiję, a 7 razy *per vaginam*. Pierwsze 2 przypadki zakończyły się śmiercią, z innych 7miu przebiegło 4 pomyślnie. Powody, dla których prof. Billroth jakoteż i wielu innych operatorów słusznie metodę Freundowską porzucili a natomiast metodę wyłuszczenia macicy *per vaginam* przyjęli, wyłożyłem przed rokiem w obszerniejszym artykule czasopisma *Wiener med. Wochenschrift (Uiber die Totalextirpation des Uterus* Nr. 47 i następne). Co się zaś tyczy leczenia dalszego w naszych dawniejszych przypadkach wyłuszczeń macicy *per vaginam*, to próbowaliśmy rozmaitych modyfikacyj; w ostatnim z tych przypadków przeprowadził prof. Billroth z pomyślnym skutkiem ustawiczne opłukiwanie rany *(irrigatio)* według mego pomysłu. Według mo-

jego zapatrywania metoda ta dawniéj dawała największą pewność co do aseptycznego przebiegu, można jéj jednak zarzucić niewygodność w zastosowaniu. Za pomocą jodoformu uproszczono dziś znacznie leczenie następowe po tych operacyjach. W ostatnich 5, dotychczas jeszcze nie ogłoszonych drukiem przypadkach, zatkaliśmy po dokonanéj operacyi całą ranę jamistą i część pochwy gazą jodoformową bez poprzedniego zeszycia otrzewny, pozostawiliśmy zatykadła przez cały tydzień, po tym czasie zmieniliśmy część tychże a dopiero w drugim tygodniu zastąpiliśmy wszystkie zatykadła świeżemi. W pierwszych 3ch przypadkach założył prof. Billroth w ranę, prócz gazy jodoformowéj, jeszcze rurkę drenową, dwie chore wyzdrowiały, trzecia zaś umarła w skutek ostrego zapalenia otrzewny. W tym przypadku nastąpiło zakażenie otrzewny, najprawdopodobniéj przez wydzieliny sposoczałego raka, a przeto niepomyślny wynik leczeniu przypisać nie można. We dwu innych przypadkach (jeden z nich operowałem sam) nie odrenowano ani rany ani jamy otrzewnowéj; oba przypadki wypadły pomyślnie.

Wreszcie mogę tu jeszcze dodać, że według orzeczenia asystenta klinicznego Dra F e l s e n r e i c h a przeprowadzono leczenie jodoformem po kilku operacyjach w pochwie (operacyja przetoki pęcherzowo pochwowéj, zeszycie śródkrocza) z pomyślnym skutkiem także w klinice prof. F e r n w a l d-B r a u n a.

B) R a n y z a k a ż o n e i w r z o d y.

Podczas gdy użycie jodoformu w leczeniu świeżych ran jest całkiem nowém, to przeciwnie w kategoryi ran, o których teraz będzie mowa, używali go dawniéj niektórzy chirurgowie z najlepszym skutkiem. Jednakowoż nie doprowadzono w tym kierunku do ogólnego rozpowszechnienia tego leku, który jednak, mimo że przecie w tak wielu przypadkach codziennéj praktyki tak wybitne korzyści przynosi, przez długi czas nie był wspólną własnością lekarzów. Niech mi tedy wolno będzie i przy téj grupie ran nieco dłużéj zatrzymać się.

Jodoform daje się z wielką korzyścią zastosować do każdéj zakażonéj rany i do każdego posoczącego wrzodu, ponieważ jest w stanie również i tu powstrzymać rozkładanie się w najkrótszym czasie. Jeżeli mamy przed sobą ranę lub wrzód tego rodzaju, potrzeba je tylko proszkiem jodoformowym posypać lub gazą jodoformową obłożyć, aby już w najkrótszym czasie, a częstokroć nawet po kilku godzinach, powstrzymać wszelki lokalny rozkład, a w ten sposób znikają najczęściéj równie szybko objawy, wywołane w skutek miejscowego zakażenia. Ponieważ, jak wiemy, jodoform tylko miejscowo działa, przeto baczyć na to należy, aby on się istotnie stykał ze wszystkiemi częściami powierzchni posoczącéj. Gdzie to łatwo przeprowadzić można, tam jodoform, chociaż jest stosunkowo słabym środkiem przeciwgnilnym, przecie na mocy swego ustawicznego działania skutkuje pewniéj i prędzéj aniżeli wszystkie inne, choćby najsilniejsze, antiseptica; daje on nam i tu nadto tę wielką korzyść, że wszelkiego drażnienia tkanin, wywoływanego innemi silnemi środkami przeciwgnilnemi zupełnie nie dostaje.

Używaliśmy jodoformu, w powyż podany sposób, naprzód w licznych przypadkach r a n z a n i e d b a n y c h po przypadkowych skaleczeniach. Ranę obnażaliśmy zupełnie, oczyściliśmy ją i posypaliśmy jodoformem; już następnego dnia znikł wszelki odór, wydzieliny zmniejszyły się, a zwykle ustawały także wszelkie boleści. Szczególnie w oczy wpadającém jest działanie jodoformu przeciwgnilne na rany po części zgorzelinowe, ponieważ w tych razach odgraniczenie i oddzielenie nawet wtedy bez woni następuje, jeżeli posoczenie poprzednio już nastąpiło było. Nader pouczającym w tym kierunku był następujący przypadek.

Pewną kobietę ukąsiła wiewiórka w palec wskazujący, w skutek czego rozwinęło się w przeciągu kilku dni głębokie zapalenie tkanki łącznéj, sięgające aż do przedramienia. Po 8miu dniach opuchła znacznie cała dłoń i część przedramienia; palec wskazujący uległ zgorzelinie aż do połowy pierwszéj falangi. Przez otwór zrobionego nacięcia wyciekła cuchnąca posoka, a chora cierpiała mimo nacięcia straszne boleści. Po dwóch dniach posypaliśmy wszystkie rany, w skutek nacięć powstałe, jodoformem, a po 24 dalszych godzinach znikł wszelki odór i ból, flegmona ograniczyła się, a oddzielenie dokonało się całkiem aseptycznie.

Codziennie wydarzające się przypadki z a n o g c i c y *(panaritium* i *paronychia)* leczyliśmy w podobny sposób z najlepszym skutkiem. Tak samo kilka przypadków powierzchownego zapalenia tkanki łącznéj podskórnéj na odnogach. Rozumie się, że w głęboko sięgających zapaleniach tkanki łącznéj jodoform, posypany powierzchownie na rany nacięte, nie może wywierać wpływu pewnego; w takich razach należy, po dokonaniu głębokich i wydatnych nacięć, powtykać w głęboko położone ogniska ropne pręciki jodoformowe. Jednakowoż radziłbym tu, prócz leczenia jodoformem, nie gardzić także od dawna doświadczonemi letniemi okładami.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. O wycinaniu okręgowém kawałków jelita z następném zeszyciem obu odcinków. *(Enterorrhaphia)*.

Przez Dra Rydygiera.

Wykład kliniczny miany w streszczeniu na III Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie 1881 r.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 41).

Jeżeli odcinki jelit nie mają równéj szerokości, natenczas można najlepiéj wyrównać różnicę przez skośne ścięcie węższego światła, które to postępowanie były mój asystent Dr. Wehr przy wycinaniu częściowém żołądka podał.

Rzadko, sądzę, wydarzy się przypadek, w którymby różnica świateł była tak znaczną, iżby postępowanie to przy jelitach nie było wystarczającém. W takim razie przekładałbym nad ułożenie fałd wycięcie odpowiedniego klina podłużnego z ściany szerszego odcinka i zeszycie podłużne, jak to pierwszy zaleciłem przy wycinaniu odźwiernika [1]).

[1]) Wyraźnie uwydatniam tutaj moje pierwszeństwo co do tego postępowania. (które ja najpierw podałem i wykonałem) naprzeciw Wölflerowi *(Uiber die von Herrn Prof. Billroth ausgeführten Resectionen des carcinomatösen Pylorus)*. Wölfler zdaje się nie zrozumiał mnie i podaje późniéj we Wiedniu używane postępowanie jako zasadniczo odmienne. Zasada tych niby odmiennych sposobów jest jedna i ta sama: z r ó w n a n i e ś w i a t ł a z e s z y ć s i ę m a j ą c y c h o d c i n k ó w z a p o m o c ą z w ę ż e n i a w i ę k s z e g o ś w i a t ł a. Jedyna różnica, sądzę, polega tylko na odmiennéj nazwie sposobu i odmiennym porządku zakładania szwów. Podczas gdy ja powiadam, że światło żołądka zwężam przez wycinanie odpowiedniego klina z zagięcia wielkiego *(Dt. Z. f. Chir.* Dr. XIV) i daléj (ostatni kongres chir. i Lgbcka Arch. tom XXVI, zeszyt 3) przez wycięcie kawałka z górnéj części żołądka wraz z pierścieniem odźwiernika, przyczém celem zamknięcia żołądka najdłuższe uciskadło „skośnie“

Przy bardzo małéj różnicy świateł wystarcza „wszycie“, jak to np. Schinzinger *(Zur Darmresection, Wien. med. Wochenschrift,* 1881, Nr. 37) niedawno wykonał. Po założeniu szwu jelitowego złącza się śródjelicie kilku szwami, mianowicie w bliskości jelit założonemi. Inni zalecają odwrotnie najprzód śródjelicie zeszyć. Mnie się zdaje, że wtedy pierwszy szew jelitowy przy osadzie śródjelicia trudniéjby się zakładał, aniżeli w tym razie, jeżeli śródjelicie nie jest zeszytém.

Jako V i ostatnia część operacyi następuje odprowadzenie jelita i zeszycie ścian brzusznych po poprzedniém dokładném oczyszczeniu zeszytych części jelit. Gdyby się o dokładności szwu z jakiéjkolwiekbądź przyczyny wątpiło, to możnaby w y j ą t k o w o, jak np. Schede uczynił, zeszytą pętlicę pozostawić na zewnątrz, zwykle trzeba, zalecić odprowadzenie.

L e c z e n i e następowe polega na stosowném żywieniu i na podawaniu nastoju makowcowego. Późniéj może być wskazane nalanie wody do odbytu. Powikłanie, jakoto zapalenie otrzewnéj, ropnie kałowe itd., leczy się wedle zwykłych znanych zasad chirurgii.

Dodatek I.

K r ó t k i o p i s d o ś w i a d c z e ń n a p s a c h p o d j ę t y c h.

Doświadczenia moje na psach podjąłem, celem wyświecenia następujących wątpliwych kwestyj techniki operacyjnéj wycinania kawałków jelita:

1) Czy katgut jest dostatecznie trwałym, żeby go używać do szwu jelitowego lub też za szybko zostaje wessanym?

2) Czy elastyczne uciskadła, przezemnie podane, dość silnie uciskają tak, że wystarczą nawet w przypadkach, w których ciśnienie treści jelitowéj jest podwyższoném?

3) Czy oddzielenie śródjelicia od p r z e c i ę t e g o jelita o tyle jest niebezpieczném, jak Madelung podał?

4) Czy to oddzielenie równie jest niebezpieczne dla jelita n i e p r z e c i ę t e g o?

5) Czy można na pewno ufać szwu jelitowemu, którego pierwszy rząd stanowi szew kuśnierski założony w sposób na wstępie bliżéj opisany, a drugi szew Lemberta?

Na te pytania znalazłem odpowiedź stanowczą w mych doświadczeniach, a podałem ją już w toku opisu sposobu operowania. Pytania, czy należy w zgorzeli uwięzgniętej przepukliny założyć otwór odchodowy nieprawidłowy, lub też pętlę zgorzelinową wyciąć, nie podjąłem się w drodze eksperymentalnéj rozwiązać, gdyż po doświadczeniach Becka *(Ueber die Behandlung gangränöser Hernien, gestützt auf 69 Vivisections-Resultaten. Lgbcks Arch.* XXV tom, 1 zeszyt) nie spodziewałem się nic nowego znaleźć. Zresztą daleko pewniejszą odpowiedź na to pytanie znaleźlibyśmy, gdyby była pod ręką dostatecznie wielka statystyka wykazująca, ilu umiera na zgorzel uwięzgniętéj przepukliny bez operacyi a ilu po operacyi. Znaczna liczba śmiertelności po téj operacyi sama niczego nie dowodzi, wiadomo bowiem, że i bez operacyi dużo chorych na to cierpienie umiera.

D o ś w i a d c z e n i e I. Dnia 10 czerwca r. b. operowaliśmy małą, czarną suczkę, przestrzegając wszelkich przepisów sposobu przeciwgnilnego; tylko sprayu nie używaliśmy. Cięcie brzuszne w lewéj stronie pachwinowéj; oddzielenie śródjelicia pomiędzy kilku podwiązkami; założenie naszych elastycznych uciskadeł; w y c i ę c i e k a w a ł k a j e l i t a 36cm. d ł u g i e g o; szew Czernego z najcieńszego katgutu; 13 wewnętrznych, 14 zewnętrznych szwów, 4 śródjelitowe; kilkakrotne spłókanie ciepłą wodą karbolową; zeszycie ścian brzusznych szwem kuśnierskim; założenie opatrunku przeciwgnilnego z gazy i waty, przymocowanego kaftanem z grubego płótna. Podobnego opatrunku używaliśmy także we wszystkich następnych doświadczeniach. W przebiegu pooperacyjnym nie zauważyliśmy nic nadzwyczajnego: w pierwszych dniach dostawał pies tylko mléko; wymiotów nie było. Dnia 19 lipca zabiliśmy psa celem późniejszéj demonstracyi preparatów w Krakowie: rana ścian brzusznych zrośnięta; w miejscu wycięcia kiszki pętle pomiędzy sobą pozlepiane; rana jelitowa zupełnie zrośnięta; po przecięciu jelita widzimy i brzegi błony śluzowéj z sobą połączone; nie spostrzegamy wystawania zeszytego miejsca do światła jelita.

D o ś w i a d c z e n i e 2. Dnia 5go lipca r. b. operowaliśmy średniego, żółtego psa. Cięcie brzuszne w linii białéj; przecięcie śródjelicia o ile możności blizko podstawy, przez co się zyska na czasie, gdyż podwiązując pnie naczyń śródjelicia nie potrzebujemy zakładać tyle podwiązek, ile wyżéj na pojedyńcze gałązki. Założenie uciskadeł; w y c i ę c i e 78cm. j e l i t a zeszycie szwem Czernego ze zwyczajnego katgutu: 11 wewnętrznych, 9 zewnętrznych szwów, 2 śródjelitowe blizko przyczepu do jelita założone. W dalszych doświadczeniach podobnie postępowaliśmy co do zeszycia śródjelicia; szew kuśnierski ścian brzusznych. Dnia 19 lipca rb. zabiliśmy psa zupełnie zdrowego. Rana brzuszna zagojona; pętle jelit na około miejsca wycięcia pozlepiane; rana jelitowa zupełnie zagojona; po przecięciu jelita widać, że na małém ograniczoném miejscu błony śluzowe nie zupełnie połączone, co wcale nie przeszkodziło, że zresztą ściany zupełnie były zrośnięte; śladu szwów nie możemy znaleźć.

D o ś w i a d c z e n i e 3. Dnia 11 czerwca operowaliśmy małego, żółtego psa. Cięcie brzuszne, i wszystko, czego bliżéj nie opiszemy, tak wykonane w następnych doświadczeniach, jak w poprzednich. W y c i ę l i ś m y 110cm. j e l i t a; 10 Gussenbauerowskich ósemkowych szwów, pomiędzy niemi 5 Lemberta; 3 szwy śródjelitowe. Po zeszyciu ścian brzusznych nagle pies oddychać przestaje, dostał zapewne za wiele chloroformu. Chwytamy go za tylne nogi, spuszczamy łbem na dół, a równocześnie robimy sztuczne oddychanie przez 5 minut. Pies powoli przychodzi do siebie, a po dalszych 5 minutach jest już zupełnie trzeźwy. Dnia 19 lipca psa zabiliśmy. Miejsce wycięcia zupełnie zrośnięte zlepione z wewnętrzną powierzchnią rany brzusznéj; kilka pętli jelit pomiędzy sobą zlepionych; katgutu ani śladu.

zakładam powiada Wölfler, iż oni w dwóch przypadkach, gdzie żołądek „skośnie“ był ściętym ani „wstawki“ ani fałdu nie otrzymali, podczas gdy Rydygier dla usunięcia znacznéj wstawki był zmuszony trójkąt wyciąć. Ja oznaczyłem wycięty kawałek, Wölfler zaś kierunek cięcia. Porównywając mcją o wiele rychléj na Zjeździe chirurgów okazaną rycinę (*Lgbcks Arch.* l. c. pag. 743) z ryciną 7mą Wölflera, nie będzie można odmowić zupełnéj tożsamości, jeżli się w myśli doda szew na mojéj rycinie. Kierunek cięcia przez odźwiernik tworzy z kierunkiem trójkąta skośnokątną linię. Mała różnica mogłaby przeto chyba być w złamaniu skośnéj linii przy wykonaniu cięcia, co jest bez znaczenia, gdyż po zeszyciu linija skośna Wölflerowska się łamie, jak to jego 7ma rycina uwydatnia. Ja zakładam naprzód szew okręgowy, a potém podłużny, aby widzieć, ile światła żołądka do szwu okręgowego potrzebuję, przez co z pewnością bardzo niemiłéj niespodzianki unikam, która się Mikuliczowi przy demonstracyi na ostatnim Zjeździe chirurgów przydarzyła, t. j. iż szew podłużny za daleko założył, a potém miał za mało światła żołądka i dla tego kilka szwów z podłużnego szwu napowrót rozciąć musiał. Przy operowaniu na żywym coś podobnego zapewne nie wydarzyłoby się tak łatwo, jak przy publicznéj demonstracyi na trupie i dla tego nie kładę wielkiéj wagi na to, jaki szew najprzód założymy.

Doświadczenie 4. Dnia 14go lipca operowaliśmy starego szpakowatego psa, którego przed kilku miesiącami użyto do wycięcia odźwiernika; krótko przed operacyją pies się nażarł. Wycięcie 164cm. jelita; pierwszy rząd szwu szew kuśnierski, bliżéj na wstępie opisany, drugi rząd 14 szwów Lemberta; 4 szwy śródjelitowe. Różnicę światła odcinków zrównaliśmy skośném ścięciem węższego światła podług Wehra. W nocy i dnia następnego po operacyi pies kilka razy wymiotuje; późniéj zupełnie wyzdrowiał. Dnia 19 lipca psa zabijamy: Rana brzuszna zlepiona, sieć przyrośnięta; kilka pętli naokoło miejsca wycięcia zlepionych; przy rozłączeniu tychże rozlepił się cokolwiek świeży szew jelitowy na wklęsłéj stronie.

Doświadczenie 5. Dnia 16 sierpnia r. b. wycinamy małemu, czarnemu psu 185cm. jelita. Do szwów i podwiązek użyliśmy katgutu chromowego przywiezionego wprost z Londynu od fabrykanta Listerowskiego D. Marra (Little Queen Street 27). Pierwszy rząd szew kuśnierski, drugi 16 szwów Lemberta; 2 szwy śródjelitowe. Pies do dziś zupełnie zdrów żyje.

Doświadczenie 6. Dnia 19 sierpnia r. b. wycinamy małéj siwoczarnéj suczce 72cm. jelita. I w tém doświadczeniu użyliśmy chromowego katgutu; pierwszy rząd szew kuśnierski, drugi 13 szwów Lemberta; 4 szwy śródjelitowe. Pies żyje do dziś dnia i zupełnie jest zdrów; nie okazuje żadnych przeszkód w trawieniu i wypróżnieniach.

(Ciąg dalszy nastąpi.).

IV. Z oddziału położniczo-ginekologicznego profesora Madurowicza w szpitalu św. Łazarza.

Polip łożyskowy. Przyczynek kazuistyczny do rozpoznawania i leczenia krwotoków macicznych.

Napisał Dr. **M. Kohn.**

(Dokończenie. Patrz Nr. 41).

Dnia 11go sierpnia rb. Maryja J. szukała u mnie pomocy dla niszczących ją krwotoków i podaje, że liczy lat 43, jest żoną zamożnego wieśniaka, miesiączkuje od 17go roku życia regularnie w czterotygodniowych odstępach po 3 do 4 dni, miernie, bez bólów. Była zawsze zdrową, a od 22 lat zamężna rodziła cztery razy prawidłowo i lekko. Pierwszy poród przed 21 laty, czwarty przed 4 laty. Przed 8 miesiącami po raz piąty zastąpiwszy poroniła po 3 miesiącach ciąży i odtąd datuje się jéj choroba. Czując się zdrową, w ciągu 6tego tygodnia połogu wstała z łóżka, a w parę dni późniéj spostrzegła krwawe odchody nieznacznéj ilości, na które początkowo nie zważała. Odchody te trwając jednakże teraz już przez 5 miesięcy prawie ciągle tak ją osłabiły, że nie mogąc już prawie i chodzić z braku sił zmuszoną się widzi szukać pomocy lekarskiéj.

Badanie wykazało kobietę średniego wzrostu, silnéj budowy ciała, widocznie osłabioną, słaniającą się na nogach, bladą charakterystycznie na twarzy, z wiszącemi fałdami skóry opuchłéj pod oczyma, o błonach śluzowych nader bladych, prawie białych, skóra stóp i podudzia opuchła. Tętno słabe, nikłe, łatwo ugnieść się dające, ciepłota niepodwyższona, klatka piersiowa i brzuch nic nieprawidłowego nie przedstawiają. Mocz prawidłowy. Srom i międzykrocze wilgotne, cieczą krwawą zbroczone, ze sromu wypływa ciągle nieco płynu surowiczego blado-czerwono przymięszaną krwią zabarwionego. Przedsionek i pochwa nadzwyczaj blade, błona śluzowa pochwy wiotka, część pochwowa macicy krótka, gruba, miękka, ciastowata, ujście zewnętrzne krągłe opatrzone wrębami, otwarte dla końca palca, w dotyku flakowato miękkie. Dalszy ciąg macicy w przedniém sklepieniu, przy badaniu skombinowaném czuć ciało macicy znacznie powiększone, lecz miękkie, wydłużenia całéj macicy nie można stwierdzić. Sklepienia wolne, sonda wchodzi na 6 cm. do kanału macicznego. W wzierniku część pochwowa nadzwyczaj blada, z ujścia ciecze ciągle płyn surowiczy bladoróżowy, czasem z domieszką czystéj odosobnionéj w nim kropelki krwi.

Rozpoznałem na podstawie tego badania: *Polypus in cavo uteri*, nie orzekając nic więcéj o jego budowie anatomicznéj, gdyż jakkolwiek poronienie, będące według wywiadów początkiem choroby, przemawiało za utkaniem łożyskowém, to trwanie pięciomiesięczne choroby podało ten domysł w wątpliwość, gdyż o tak długiém pozostawaniu w macicy polipa włóknikowego nigdzie nie czytałem.

Chora zgodziwszy się na operacyję została w szpitalu, a nazajutrz przystąpiłem do następującego zabiegu:

W niezbyt głębokiéj narkozie chloroformowéj uskutecznionéj przez kolegę Dra Wasylewskiego rozszerzyłem w przeciągu 15 minut szyję macicy u naszéj choréj aż do grubości 16 mm. drążkami kauczukowemi sposobem Peaslego-Fritscha z wszelką łatwością, uważając wszakże, aby drążki wprowadzone do jamy macicy nie dochodziły do samego dna, co lewą ręką obejmującą przez powłoki brzuszne nader podatne dno macicy, łatwo można było stwierdzić. Nasuwało mi to myśl, że obrzęk tamże się znajdujący będzie dość znacznéj objętości. Wprowadziwszy do jamy macicy palec, wyczułem obrzęk miękki, kruchy, końcem palca rwać się dający, wypełniający rozszerzoną jamę macicy, u lewéj połowy jéj dna przyczepiony, jak mi się zdawało, szeroką podstawą. Wprowadziłem ostrą łyżkę Simona po palcu w kierunku przyczepu obrzęku, który jednym tylko obrotem jéj dał się odkleić i wraz z łyżką wypadł do pochwy. Palcem stwierdziłem teraz próżnię zupełną w macicy i gładkość jéj ścian, a przestrzykawszy ją roztworem kwasu karbolowego, podałem choréj przebudzonéj 1,5 g. wyciągu sporyszowego i założyłem tampon do pochwy. Odtąd chora nie miała żadnych więcéj odchodów, a wstawszy z łóżka po 4 dniach, opuściła zakład po tygodniu znacznie już lepiéj wyglądająca i silniejsza. Macica była już skurczoną, odchodów żadnych nie było, a choréj zaleciłem używanie w domu obok dyjety mięsnéj i wina także pigułek *c. ferro lactico*. Po miesiącu chorą znów widziałem, zupełnie już zdrową i dobrze wyglądającą. Odchody się więcéj nie pojawiły.

Obrzęk wydobyty był wielkości dużego orzecha włoskiego, makroskopijnie już od polipów śluzowych lub włókniaków skrzepami krwi się różniący, a prof. Browicz badaniem mikroskopowém stwierdził jego utkanie łożyskowe. Był to zatém: *Polypus placentaris uteri.*

Nie wiele pozostaje mi już do dodania; pozwolę sobie tylko krótko wygłosić wnioski, które z niniejszéj historyi choroby same się nasuwają. Zwróciłem już przy rozpoznaniu uwagę na długotrwałość choroby w tym przypadku, a zrobiłem to dla tego, że autorzy nigdzie nie wspominają o podobnym przeciągu czasu, a najczęściéj mówią o téj zmianie jako napotkanéj u położnic, a zatém w pierwszych kilku tygodniach po porodzie lub poronieniu (Braun, Veit). W naszym przypadku czas od poronienia wynosił 5 miesięcy, a

o nowém od tego czasu zastąpieniu i poronieniu nie może być mowy, gdyż przez całe 5 miesięcy trwał krwotok nieprzerwanie.

Pozwalam sobie niemniéj zwrócić uwagę na metodę rozszerzania szyi macicznéj w tym przypadku użytą, a w tym tygodniku przed rokiem już przezemnie opisaną i polecić ją, jako nadzwyczaj łatwą, wygodną, pewną i bezpieczną. Metodę tę Peasleego, przez Fritscha na kontynencie wprowadzoną, odpowiadającą w zupełności wymogom chirurgii *„cito, tuto et jucunde“* uważam za wzorową. W kilku przypadkach chorobowych już jéj używszy, nigdy nie miałem zawodu.

W końcu niech mi wolno będzie dodać słów parę o zapatrywaniu się na sprawę pozostawienia lub wydalenia pojedyńczych części dodatkowych jaja płodowego, zatrzymanych w macicy przy porodzie.

Nie darmo tak w zakładzie, jak i w praktyce prywatnéj oglądamy po skończonym porodzie części dodatkowe jaja płodowego. Chcemy bowiem wiedzieć, czy wszystko zostało wydalonem. Otóż w przypadkach, w których albo część błon, albo część łożyska, lub całe łożysko, jak się to we wczesnych poronieniach często zdarza, zostaje w macicy zatrzymaném, zdanie co do dalszego postępowania jest podzieloném. Jedni radzą postępować wyczekująco i zabierają się do rękoczynu dopiero, gdy ich do tego groźne przypady zmuszają, np. krwotok, *Endometritis puerperalis*, cuchnące odchody i gorączka. Inni wydobywają w pierwszych godzinach po porodzie pozostałe w jamie macicy cząstki. Sądzę, że na miejscu jest wspomnienie téj kwestyi z powodu opisanéj historyi choroby. Co do mnie, bezwarunkowo przyłączam się do drugiego zdania, tj. do rękoczynu niewyczekującego, wnioskując w ten sposób, że 1) działanie natury wskazuje nam tę drogę, i że co jest zbytecznem w jamie macicy, tém samém jest szkodliwém i wydaloném być winno; 2) że rękoczyn z zachowaniem warunków antiseptycznych wkrótce po porodzie w obec macicy jeszcze łatwo podatnéj wykonany z pewnością mniéj przedstawia niebezpieczeństwa, niż pozostawienie tych części w macicy, groźne, ba życiu zagrażające następstwa mieć mogące. W pierwszéj linii krwotok, który wystąpić może tak nagle i tak obficie, że przywołanie dopiero lekarza do pomocy jest już za późne i faktem jest, że w ten sposób ginie wiele położnic. Daléj wiemy, że części pozostałe w macicy ulegają najczęściéj rozpadowi a rana wnętrzna macicy skłonna do wessania tych rozpadowych istot, w ten sposób wywołuje groźne zakażenia. Jak trudną jest pomoc lekarska w obec *sepsis*, wiemy niestety, a choćby i tak nie było, czyż godzi się narażać położnicę na chorobę, mogąc jéj zapobiedz? Czyż nie wiemy, że działanie profilaktyczne w położnictwie więcéj zdziałać może, niż terapija powstałych chorób połogowych?

Przypadek tu opisany trzeciém jest możliwém następstwem, a nie jest to rzecz błaha, gdyż według licznych obserwacyj prowadzi ono do groźnéj często niedokrewności, będącéj w licznych razach powodem chorób umysłowych u kobiet (Veit).— Sądzę, że zbytecznémby było przypominać dopiero, jak ważną, ba konieczną, jest obecność lekarza przy każdym porodzie i ścisła obserwacyja choćby najbardziéj prawidłowego jego przebiegu; w kraju naszym jednak zdanie to niestety nie jest jeszcze wyrazem przekonania ogólnego i ztąd pochodzi, że liczne, w stosunku do innych krajów, zdarzają się przypadki śmiertelne i tak wiele jest kobiet chorych w skutek odbytych połogów.

V. Oceny i sprawozdania.

Lehrbuch der Physiologie des Menschen einschliesslich der Histologie und mikroskopischen Anatomie. Mit besonderer Berücksichtigung der praktischen Medicin. Von Prof. Dr. L. Landois. Zweite verbesserte und vermehrte Auflage. Mit zahlreichen Holzschnitten. Zweite Hälfte. (Bogen 31—65 Schluss.) Wien und Leipzig 1881. Urban et Schwarzenberg.

Odwołując się do tego, cośmy o pierwszéj części powiedzieli w Nrze 6 naszego pisma z r. b., widzimy i w téj części, która świeżo wyszła z pod prasy, jako koniec dzieła, też same zalety jasności i praktyczności, które cechują część pierwszą.

Część druga obejmuje dokończenie fizyjologii wydzielania, fizyjologiję ruchów, układu nerwowego, zmysłów, płodzenia i rozwoju. W osobnych ustępach obznajamia autor czytelnika z zasadami fizyki niezbędnemi do zrozumienia odpowiedniéj części fizyjologii, a w uwagach patologicznych podaje znaczenie fizyjologiczne różnych przypadków chorobowych. Na polu fizyjologii układu nerwowego przywiązujemy wielką wagę do objaśnień fizycznych i dodatków patologicznych, bo wiemy z własnego doświadczenia, iż młodzi lekarze obznajomieni jako tako z innemi częściami fizyjologii nie mają należytego pojęcia o fizyjologii nerwów, skutkiem czego nie mogą sobie zdać sprawy z prostych nieraz zjawisk chorobowych, a tém samém nie umieją ich wyzyskać ani dla nauki ani dla praktyki. Wyborne ryciny, w znacznéj części dla lepszego zrozumienia szematyczne, ułatwiają pojęcie przedmiotu i przyczyniają się niewątpliwie do podniesienia wartości dzieła i w tém drugiém wydaniu, które zapewne nie będzie ostatniém. *Prof. Domański.*

Prof. Dr. W. F. Loebisch: **Anleitung zur Harn-Analyse für praktische Aerzte, Studirende und Chemiker, mit besonderer Berücksichtigung der klinischen Medizin.** 1881 r. Urban et Schwarzenberg.

Mamy właśnie przed sobą drugie wydanie dzieła, które powinno się znajdować w rękach lekarza, nietylko chcącego umiejętnie pracować w zakresie medycyny wewnętrznéj, ale ale i każdego oddającego się li tylko praktyce. Wydanie drugie, znacznie obszerniejsze, zostało uzupełnione rozdziałami traktującemi o oznaczaniu ciał nieorganicznych moczu, o oznaczaniu barwików moczu, o wykrywaniu lotnych kwasów tłuszczowych itd. Znacznemu rozszerzeniu uległ rozdział o połączeniach aromatycznych moczu, daléj znajdujemy tutaj dostatecznie uwzględnione wszystkie najnowsze metody oznaczenia różnych składników moczu, jak metodę Pflügera miareczkowania mocznika azotanem rtęciowym, Ludwiga metodę oznaczania azotu w moczu, metodę Laurenta oznaczania cukru, sposoby wykrywania peptonów w moczu według Hofmeistra i Maixnera, nowe poglądy na peptonuryję i wydzielanie tłuszczu z moczem itd. Jako szczególniejszą wartość dzieła trzeba podnieść, że autor starał się wszędzie wykazać znaczenie praktyczne wszystkich nowszych zdobyczy na polu semijotyki moczu, a ze zadania swego w zupełności się wywiązał. Znajdujemy tutaj praktyczne wskazówki, które dla lekarza myślącego mogą być niejednokrotnie drogoskazem w dyjagnozie, gdy chodzi o rozwiązanie i wytłumaczenie zagadkowych i ciemnych objawów chorobowych. W ogóle autor starał się, aby podręcznik przez niego napisany nie był, jak większa część tego rodzaju książek, tylko podręcznikiem

w pracach zawodowych, w robotach w pracowni chemicznéj — ale, aby na równi z innemi dziełami dyjagnostycznemi, stanowił nieodzowną część biblijoteki podręcznéj lekarza praktycznego. Na końcu dzieła umieścił autor osobny rozdział o zachowaniu się moczu w różnych chorobach narządu moczowego, a wreszcie krótki przegląd patologii nerek, skreślony przeważnie według Bartelsa: *Handbuch der Krankheiten des Harnapparates.*

Co do strony zewnętrznéj, to dobry papier, wyrazisty druk, dość liczne, staranne drzeworyty w tekście, nic do życzenia nie pozostawiają. *Dr. Kopff.*

Dr. Thomayer: **Przypadek krwotoku do kory mózgowéj.**

Joanna H., 75-letnia wyrobnica, przyjęta z powodu kaszlu, duszności i bicia serca do szpitala powszechnego w Pradze, dostała podczas obserwacyi udaru mózgowego z utratą przytomności, poczém przeniesiono ją do kliniki chorób wewnętrznych. Badanie wykazało: Wielki niepokój, ciągłe zrywanie się z łóżka, pytań chora nie rozumie lub téż odpowiada na nie niezrozumiałém mruczeniem, w którém zaledwie niektóre nieartykułowane zgłoski rozpoznać można, łaknienie wygórowane, połykanie nieupośledzone, źrenice oddziaływają na światło; zresztą ogólne objawy zgrzybiałości wiekowéj. Prawa bruzda noso-licowa zatarta, niewyraźna; na czole zmarszczki po obydwu stronach równe; żdziergacze powiek działają prawidłowo; natomiast dolna połowa prawéj strony twarzy nieruchoma; chora nie zdoła złożyć ust do gwizdania lub uśmiechu, język pochyla się dość znacznie ku stronie prawéj. Zachowanie się podniebienia miękkiego i języczka niewiadome, gdyż chora nie może dostatecznie otworzyć ust. Czucie wszędzie zachowane, ruchy tak odnóg górnych jak i dolnych prawidłowe, niezborności ruchów nie ma. Tętno wielkie, poniekąd przyspieszone, twarde, prędkie. Wypuk płuc prawidłowy; stłumienie serca sięga od 5 do 7go żebra, uderzenie serca widoczne jako wzniesienie skurczowe na zewnątrz brodawki, nad zastawką dwukończystą pierwszy krótki szmer, drugi ton. W górnych częściach płuc oddech prawidłowy, w dolnych osłabiony. Mocz dość obfity zawiera trochę białka.

W ciągu leczenia stan choréj w pewnéj mierze się polepszał, gdy nagle przy połykaniu kawałka mięsa chora padła bez życia, w 10 dni po napadzie apoplektycznym. Rozpoznawano: *Nephritis interstitialis chronica, malacia partis inferioris gyri centralis ascendentis sinistri, corpus peregrinum laryngis.*

Rozpoznanie to opierano na tém, że obok zmian w mowie zajętą była dolna część prawego nerwu twarzowego, co przemawiało za zmianą w korze mózgowéj, mianowicie w dolnéj części przedniego zwoju centralnego po stronie lewéj.

Badanie pośmiertne wykazało: Część opony miękkiéj, odpowiadająca dolnéj części przedniego lewego zwoju centralnego nasiąkła krwią, pod nią zaś dwa ogniska krwotoczne, bardzo cienką ścianą od siebie oddzielone, zawierające krew dość świeżą. Inne części mózgu bez zmiany. W krtani wklinowany silnie kęs mięsa.

Rozpoznanie anatomiczne brzmiało: *Corpus alienum laryngis, haemorrhagia partis infer. gyri central. sinistri, nephritis interstit. chron., endarteritis deformans, hypertrophia cordis sin.*

Przypadek powyższy Thomayera odpowiada zupełnie znanym przypadkom Nothnagla, gdzie również porażenie twarzy połączone ze zmianami w mowie wywołane były nadwerężeniem kory mózgowéj, mianowicie dolnéj trzeciéj części przedniego zwoju centralnego i tylnéj części trzeciego po stronie lewéj. (Časopis lékařův českých N. 39, 1881).

Dr. S. Smoleński.

Mraček, Glück: **O wrzodach stwardniałych części pochwowéj macicy.**

Z pomiędzy 659 kobiet, które w przeciągu 27 miesięcy w klinice syfilitycznéj leczono, 21 kobiet okazywało zmiany pierwotne kiłowe na części pochwowéj, jakkolwiek niemniéj niż 437 kobiet na kiłę cierpiało.

Najczęstszą siedzibą wrzodu była przodkowa warga (8 razy), mniéj często samo ujście maciczne, najrzadziéj zaś tylna warga (4 razy). W 15 przypadkach część chorobowo zajęta była stwardniałą. rzadko uważano całkowity rozpad wrzodu, natomiast jednak częściéj spostrzegano częściowy rozpad.

Obrzmienie całéj części pochwowéj uważano tak często (w 24 przyp. 18 razy), iż uważać go można za jeden z przypadów wrzodu stwardniałego części pochwowéj, prawdziwy zaś przerost (*hypertrophia*) spostrzegał M. tylko 12 razy. Jako częstszy przypad uważać należy według M. upławy (*fluor*), które napotykano „prawie u wszystkich chorych.“ We wszystkich niemal przypadkach towarzyszyły wrzodowi stwardniałemu inne przypady kiły, a mianowicie w 18 przypadkach towarzyszyły wrzodom kłykciny sączące na wargach wstydliwych, a 7 razy w pochwie; tylko w 2 przypadkach nie było równocześnie na częściach płciowych żadnych zmian kiłowych.

Na szczycie cierpienia miesiączkowanie bywało skąpe i utrudnione.

Leczenie polegało na przestrzykiwaniu pochwy 1% rozczynem chloranu potasowego lub kwasu karbolowego, wrzód zaś opatrywano rozczynem jodu, półtorachlorku żelaza lub jodoformem, wewnętrznie polecano jodek potasu lub wcierania szaruchy. (*Wiener med. Wochenschrift* Nr. 38 z r. 1881).

O tém samém przedmiocie podaje Dr. Glück pod napisem: *„Zur Statistik der Vaginal- und Portio- Schanker“* (*Wiener med. Presse* Nr. 32 z r. 1881) następujące szczegóły:

Na 368 przypadków wrzodów wenerycznych leczonych u kobiet w przeciągu lat 6 (od r. 1873 do r. 1878) na oddziale syfilitycznym Dra Zarewicza, prymaryjusza szpitala krakowskiego, uważano ogółem 540 wrzodów wenerycznych, a mianowicie 235 kobiet dotkniętych było 393 szankrami (wrzodami miękkiemi) a 133 kobiet 147 wrzodami stwardniałemi.

G. ze względu na siedzibę wrzodów wenerycznych podaje następującą tabliczkę:

Comisura inferior	Labia majora	Labia minora	Carunculae myrtifor.	Introitus vaginae	Vagina	Portio vaginalis	Urethra	Anus	Mammae	Razem
83[1]	57	94	21	44	4	6	7	37	—	353
19	56	36	—	2	2	4	5	4	8	136
102	113	130	21	46	6	10	12	41	8	489

Z powyższego przekonać się można, że w przeciągu 6 lat na 489 wrzodów wenerycz. (zapewne uwzględniając ich

[1]) W pierwszym rzędzie: Ulcera mollia.
W drugim rzędzie: Ulcera indurata.

siedzibę. Ref.), u kobiet spostrzegano takowe 6 razy w pochwie a 10 razy na części pochwowéj; a mianowicie na 353 szankrów 4 razy (przeszło 1%) w pochwie 6 razy (1·7%) na części pochwowéj, zaś na 136 wrzodów stwardniałych spostrzegano je 2 razy (1·5%) w pochwie, a 4 razy (3%) na części pochwowéj.

Równocześnie z szankrami (miękkiemi) w pochwie lub na części pochwowéj uważano także szankry na wargach wstydliwych, a po wszystkich wrzodach stwardniałych wystąpiły objawy zakażenia ogólnego.

Rzadziéj zatém napotykamy wrzody weneryczne w pochwie niż na części pochwowéj, a z pośród nich rzadziéj spostrzega się w tych częściach szankry (miękkie) niż wrzody stwardniałe. W ogóle jednak wrzody weneryczne tak w pochwie jak i na części pochwowéj macicy są rzadkie. *Z*

Stosunek kiły do uwiądu rdzeniowego.

(Ciąg dalszy. Patrz. Nr. 41).

Fr. Müller sądzi (*Symptomatologie und Therapie der Tabes dorsalis im Initialstadium. Graz, 1880*), że w przeważnéj liczbie przypadków uwiądu rdzeniowego, w których poprzedzała kiła, nie zachodzi stosunek przyczynowy, jeno przypadkowy zbieg okoliczności. O leczeniu przeciwkiłowém mniema, że skutku spodziewać się po nim można tylko wtedy, jeśli obok uwiądu istnieją jeszcze objawy kiły. W innych razach jest ono bezskuteczném. Westphal w wykładzie mianym w Tow. lek. berlińskiém stwierdza (*Arch. f. Psychiatr. und Nervenkr., 1880, Bd. XI*), że przypadki prawdziwego uwiądu, w których lekarz za życia objawy kiły, obecnéj jeszcze, odkryć lub w narządach wewnętrznych zwłok zmiany kiłowe spostrzedz zdoła, należą do wyjątków. Co do poprzedzania uwiądu przez kiłę, to na zebranych przezeń 97 chorych przyznawało wrzód weneryczny 33%, objawy zaś kiły ogólne tylko 14%; natomiast przeczyło wszelkiemu zarażeniu 62% mężczyzn, a 95% kobiet. Statystyka nie zdoła więc nigdy rozstrzygnąć sprawy, o któréj rzecz. Z innych zaś okoliczności nie wynika prawdopodobieństwo związku między uwiądem a kiłą. I tak z jednéj strony nikt nie ogłosił dotąd przypadku uwiądu, uważanego za kiłowy, gdzieby istnienie uwiądu w ogóle stwierdzoném było przez sekcyję. Kontrola zaś taka ze strony anatomii patologicznéj dla tego jest potrzebną, ponieważ rozpoznanie uwiądu nie zawsze jest łatwém, a niespecyjaliści popełniają nieraz błąd, iż chorych okazujących objawy bezładu w czynnościach nerwowych (*ataxia*), uważają za dotkniętych uwiądem. Z drugiéj strony nikt dotąd nie podał cech anatomiczno-patologicznych właściwych przewlekłemu zapalenia rdzenia i stwardnieniu jego kiłowemu, po którychby te sprawy chorobowe odróżnić można od takich samych pochodzenia niekiłowego. Anatomija patologiczna więc nie wykazuje związku chorób, o których rzecz. Podobnież nie dowodzą go wyniki lecznicze. W. nie zna ani jednego przypadku, gdzieby środki rtęciowe usunęły uwiąd, zwolnienia zaś w przebiegu widywał pojawiające się dobrowolnie wśród najróżnorodniejszych warunków. W wyniku swych badań przychodzi więc do wniosku, że „związek przyczynowy między kiłą a uwiądem rdzenia nie został dotąd wykazanym ani w drodze klinicznéj, ani anatomiczno-patologicznéj, statystyka zaś nie pozwala na wydanie w téj mierze wyroku". Mimo to jest zdania, że, chociaż ze stanowiska umiejętności związek nie jest udowodnionym, jednak wzgląd praktyczny, a mianowicie bezskuteczność innych środków, pozwala stosować leczenie przeciwkiłowe tam, gdzie tylko zachodzi jakakolwiek możebność związku. W rozprawie nad wykładem powyższym Mendel przywodzi przypadek, opisany przez Virchowa (*Geschwülste, Bd. II*), gdzie blizna w przedsionku pochwy, gumiak kiłowy około kręgosłupa i zwyrodnienie szare tylnych powrózków rdzenia stanowiły ogniwa jednego łańcucha, i przypomina, że V. nie wątpi w możność istnienia uwiądu kiłowego, mianowicie w przypadkach okazujących zwyrodnienie szare. Remak znajdował wśród swego materyjału tabetyków (52 w ostatnich 4 latach) 23% takich, którzy przebyli kiłę. Stosunek niestały między chorobami przerzeczonemi nie pozwala mu wierzyć w ich związek. Co do terapii, przypuszcza, że sprężyste leczenie przeciwkiłowe może podobnie jak każdy inny czynnik osłabiający oddziaływać szkodliwie na chorych uwiądowych. Dla tego z pomiędzy środków przeciwkiłowych radzi się tylko ograniczać do jodku potasu. Lewin stwierdza, że każdy proces kiłowy bierze początek w naczyniach chłonicczych, w szczególności w przestworach szczelinowych tkanki łącznéj. Tu się rozwijają komórki swoiste, które sprawiają z jednéj strony bujanie tkanki łącznéj, z drugiéj jéj twardnienie. Istnieje kilka, obserwowanych dokładnie, przypadków zwyrodnienia kiłowego rdzenia, gdzie znaleziono powyższe zmiany cechujące. Nie podobna więc twierdzić, że kiła nie może być sprawczynią uwiądu. Bernhardt wzywa, aby do rozstrzygnienia sprawy brano na uwagę tylko takie przypadki, gdzie oprócz kiły żaden inny czynnik nie mógł być przyczyną uwiądu. U tych bowiem chorych, których on obserwował (ogółem 67, z których 44 podało dokładnie swą przeszłość, a z tych tylko 8 przebyło kiłę ogólną, 7 zaś wrzód weneryczny miejscowy lub śluzoropotok cewki), dały się bardzo często wynaleźć inne szkodliwości, jak wielkie zmiany ciepłoty, przemoczenia, długoletnie mieszkania wilgotne, wysilenia itd., które tak dalece na pierwszy plan występowały, iż kiła, jeźli także kiedy była, schodziła na drugi. *Dr. Różański.*

(Dokończenie nastąpi).

Wiadomości pomniejsze.

(?) **O zaraźliwości krwi i moczu osób gruźliczych.** Lenz wstrzykiwał krew, wziętą wprost z serca świeżo zabitych królików gruźliczych, zdrowym królikom za pomocą strzykawki Pravaza. Sześciu królikom wstrzyknął 0·6—3·6 cm. sz. po dokonaniu tracheotomii wprost do płuc. Po 92—216 dniach króliki te zabijał. U wszystkich znajdował wybitną gruźlicę prosówkową płuc, u 4 także i wątroby; w jednym przypadku znalazł ognisko serowate w płucu. Czterem innym królikom wstrzykiwał takąż krew pod skórę a jednemu nadto i do jamy otrzewnowéj. I u tych znajdował po 125—148 dniach mniéj lub więcéj obfite gruzełki prosówkowe w płucach, dwa razy także i w wątrobie. W miejscach wstrzyknięcia nie było zmian zapalnych, ani ognisk serowatych. Nareszcie jednemu królikowi wstrzyknął pełną strzykawkę krwi do stawu kolanowego i otaczającéj tkanki łącznéj. Po trzech dniach powstało znaczne obrzmienie stawu; zwierzę zdechło 18 dnia; w błonie maziowéj znaleziono dużo cuchnącéj serowatéj ropy i w miernéj ilości gruzełki w płucu. Opierając się na tych przypadkach autor oświadcza, że w krwi gruźliczych osobników znajduje się jad gruźliczy.

Inny szereg doświadczeń na królikach przedsięwziął tenże autor w ten sposób, że królikom zamkniętym w odpowiedniéj skrzyni dawał za pomocą przyrządu rozpylającego do oddychania parę wodną zmięszaną z moczem dwóch suchotników. Codziennie

rozpylał dla dwóch królików razem zamkniętych 30—40 cm. sz. moczu świeżego. Dwa króliki poddane były takim doświadczeniom przez 71 dni. Zabiwszy je znalazł w płucach liczne podopłucnowe krwotoki wielkości grochu oraz liczne gruzełki okołooskrzelowe; u jednego z królików te ostatnie znajdowały się i w wątrobie. W podobny sposób dał L. innym 3 królikom mocz suchotników, znajdujący się w okresie gnicia. Jedno z zwierząt zdechło po 9 dniach skutkiem poronienia, drugie zabił L. po 48 dniach, trzecie po 69. U wszystkich znajdowały się wybroczyny podopłucnowe wielkości główki od szpilki. Pomiędzy 50 preparatami mikroskopijnemi z płuc pierwszego królika znalazł L. w tkance łącznéj okołooskrzelowéj (średnich oskrzelów) nagromadzone komórki okrągłe, o ostrych zarysach, z jądrami, „bez wątpienia rozpoczynające się gruzełki;“ u drugiego królika nie wykryto tak znacznéj ilości gruzełków, jednakże nie brakło ich w tych samych miejscach co u królików, które wziewały świeży mocz. Nadto prawie wszystkie preparaty mikroskopijne z płuc okazywały wybitne zgrubienie ścian tętniczek.

Ponieważ wziewania moczu ludzi zdrowych, jak to wykazał Schüller, nie wywołują ani w płucach ani w reszcie ustroju zmian podobnych gruźliczym, wziewania zaś moczu suchotników pociągają za sobą objawy bez wątpienia gruźlicze, sądzi Lenz, że jad gruźliczy krążący we krwi osób gruźlicą dotkniętych dostaje się również i do moczu. (*Centralbl. f. Chir.* Nr. 33, 1881).

(A. K.) **Strychnin jako środek wykrztuśny** poleca Dr. Milner Fothergill; jednocześnie i niezależnie doszedł do podobnych wyników Prokop Rokitański. Autorowie ci uważają strychnin jako lek podniecający ośrodek oddechowy, i stosują go w tych przypadkach, kiedy ośrodek ten jest wycieńczony (nieżyt oskrzeli ostry i przewlekły, rozedma). W tych wszystkich przypadkach, kiedy zachodzi niestosunek częstości oddechów z częstością tętna, strychnin oddaje ważne usługi. (*Le Progrès Médical* Nr. 40).

(A. K.) **Pilokarpin jest niezrównanym środkiem w leczeniu potów suchotników.** Do wniosku tego doszedł Huchard przez dłuższe doświadczanie kliniczne, jak również zaleca on pilokarpin w cukrzycy moczowéj. (*Le Progrès Médical* Nr. 40).

(A. K.) Lwow **opisał przypadek zimnicy codziennéj wielorakiéj;** napadów było dziennie ośm, każdy z nich miał swe prawidłowe okresy dreszczów, gorączki i potów. Zimnica trwała 2½ doby, chora bardzo schudła i zmizerniała. (*Wracz* Nr. 38).

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie X z dnia 18 maja 1881 r.

Przewodniczący: kol. doc. Jordan; Członków obecnych 28.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. doc. Obaliński okazał ołówek wydobyty z pęcherza moczowego mężczyzny za pomocą cięcia bocznego, jak przy operacyi kamienia. Ołówek ten przebywał w pęcherzu półtora roku i otoczył się osadem z fosforanów, ważącym kilkanaście gramów.

3) Kol. Ściborowski zdając jako przewodniczący komisyi dla popierania przemysłu lekarskiego z jéj czynności sprawę, podaje, że p. Rząca nadesłał do ocenienia dwie flaszki wody sztucznéj, z których jedna, tak pod względem składu chemicznego jak i pod względem leczniczym, zastąpić może naturalną wodę Vichy, druga zaś wodę selterską, również nie ustępując wodzie naturalnéj; p. Trauczyński nadesłał balsam zdrowia, a p. Ihnatowicz mydło smołowe i karbolowe i krople do zębów. W dłuższéj ożywionéj dyskusyi nad tym przedmiotem, w któréj wzięli, udział koledzy: Paszkowski, Zarewicz, Warschauer Doc. Grabowski i sprawozdawca, wyrazili członkowie życzenie, aby komisyja na przyszłość, polecając jakiś przetwór do użycia, obznajomiła członków, przynajmniéj w zarysie, z głównemi składnikami, dawkami jakotéż wskazaniami i przeciwwskazaniami polecanego przetworu.

4) Kol. Grabowski odczytał regulamin czynności komisyi redakcyjnéj Przeglądu Lekarskiego. Przyjęto go w całości.

5) Kol. prof. Browicz wyłożył rzecz o gruźlicy. W dyskusyi zabrał głos kol. doc. Obaliński: nie może on zgodzić się ze zapatrywaniem prelegenta, jakoby twierdzenie Volkmanna, że istnieje gruźlica miejscowa, nie miało podstawy, a jednym z dowodów ma być przytoczony przypadek Sonnenberga, przypadek bowiem oderwany niczego jeszcze nie dowodzi, a powtóre trudno w ogólności twierdzenie Volkmanna zaprzeczyć, raz, ponieważ mikroskop wykazuje w tych przypadkach takie same utkanie, jakie znachodzimy w gruzełkach, przy sekcyi zaś nie pokazały się objawy gruźlicy w innych organach, powtóre, ponieważ znane są przypadki, gdzie staw został zajęty chorobowo najpierw od kości a pomimo resekcyi i amputacyi, albo téż gdy i nic nie robiono, pojawiła się gruźlica prosówkowa. Ztąd wniosek, że cierpienia stawów, które zowiemy *tumor albus*, są bardzo często objawem gruźlicy miejscowéj, która późniéj dać może powód do gruźlicy ogólnéj. Nie wszystkie jednakże cierpienia stawów muszą być gruźliczemi; żałować nam tylko wypada, że nie mamy oznak, po których przy łóżku chorego moglibyśmy rozpoznać, że mamy przed sobą gruźlicę miejscową. Nasuwa się mimo woli pytanie, dla czego mimo najstaranniéj wykonanéj resekcyi lub amputacyi w krótkim stosunkowo czasie przychodzi do wybuchu gruźlicy; w przypadkach tych niezawodnie operowano za późno, tam bowiem, gdzie ognisko gruźlicze wcześnie z organizmu usunięto, gruźlica prosówkowa nie występuje Rozcinając nieraz staw resekowany przekonywamy się, że kość nie była zajętą, przypadki takie zatém nie odpowiadają pojęciu Volkmanna o gruźlicy miejscowéj. — Kol. prof. Rosner podnosi kwestyję zaraźliwości jako najważniejszą i przypomina doświadczenie Tappeinera, który trzymał zwierzęta w pokoju mocno ogrzanym, w którym rozpylano plwociny niewątpliwych suchotników i do 80% tych zwierząt, oddychających tém powietrzem, zginęło; uderza to także nieraz lekarza, że rodzice przychodzą z prośbą do lekarza, aby wpływał na to, iżby ich córki, które wyszły za mąż za suchotników, nie sypiały z nimi w jednym pokoju, boją się bowiem, ażeby się nie nabawiły suchot, więc już profani wiedzą o zaraźliwości suchot; mówiący przyznaje, że nie zna żadnego naukowo obserwowanego przypadku, gdzieby mąż nabawił się suchot od żony, lub na odwrót; nie można wszakże zaprzeczyć, że suchoty żony wpływają bardzo niekorzystnie na odżywienie męża; co do kobiet zaś, które mają mężów suchotników, to zauważył kol. prof. Rosner, że dostają one często zawału macicy *(infarctus uteri)*, nader uporczywego, który sprowadza owrzodzenie szyi macicznéj, krwotoki i białe upławy opierające się nieraz najstaranniejszemu leczeniu. — Kol. prof. Browicz w odpowiedzi kol. Obalińskiemu zaprzecza, jakoby występował przeciw zdaniu Volkmanna. iż w żadnym przypadku zmiany w stawie nie miały podstawy gruźliczéj, występuje tylko przeciw pojęciu gruźlicy miejscowéj, które się opierało na badaniu mikroskopowém, niedającém pewnéj podstawy rozpoznawczéj; mówiący podaje daléj, że jeżeli w reszcie ustroju znajdziemy ślady gruźlicy, wtedy w miejscu, gdzie zadziałał uraz, tam głównie wszelkie sprawy infekcyjne umiejscowiają się; jeżeli zaś w ustroju nie ma żadnych śladów gruźlicy, w takim razie przeszczepienie z takiego stawu byłoby najlepszym dowodem, że cierpienie to było na tle gruźliczém lub przeciwnie. W odpowiedzi kol. prof. Rosnerowi zwraca kol. Browicz uwagę, że w przemówieniu swém wspomniał już o doświadczeniach czynionych plwocinami i produktami gruźliczemi przez narząd oddechowy lub przewód pokarmowy wprowadzanemi nietylko przez Tappeinera ale i innych eksperymentatorów. Co się tyczy zmian gruźliczych w częściach płciowych kobiet są one nader rzadkie; doświadczenie anatomiczne sprzeciwia się przypuszczeniu kol. prof. Rosnera, jakkolwiek *a priori* nie można zaprzeczyć możności przeniesienia gruźlicy za pośrednictwem nasienia na macicę. — Kol. prof. Domański zwraca uwagę na tę okoliczność, że dawne pojęcie gruźlicy odpowiadało lub przynajmniéj odpo-

wiadać miało pewnym stosunkom anatomicznym; jeżeli zaś teraz mówimy o zaraźliwości gruźlicy, to wprowadzamy do pojęcia o niéj nowy czynnik, t. j. przyczynę powstania. Według tego, jak kiła może pochodzić tylko od kiły, tak gruźlica musi zawdzięczać swój początek tylko gruźlicy. Mimo wszelkich nader cennych doświadczeń i obserwacyj najczęściéj trudno orzec stanowczo, czy w danym przypadku nastąpiła infekcyja lub nie, têm bardziéj jeżeli w pewnéj familii nikt ani przedtêm ani potêm gruźlicy nie miał; doświadczenia na królikach niewątpliwie mają nader wielką wartość, lecz dotąd kwestyi zaraźliwości stanowczo nie rozwiązują; dla tego té w tym kierunku nastręcza się szerokie pole do obserwacyi prywatnym lekarzom, osobliwie stałym domowym, którzy przez długi czas nieraz mogą obserwować swych pacyjentów. Kol. Pisek zwraca uwagę ze swéj strony, że w obec takiego rozpowszechnienia gruźlicy uderzającą jest rzeczą względnie dość rzadkie istotne zarażenie się gruźlicze małżonków. Drugim punktem w téj sprawie ważnym jest ta okoliczność, że wystąpienie objawów tak zwanych płucnych wcale jeszcze gruźlicy nie dowodzi, nie ulega przeto wątpliwości, że szczegółowe dokładne zbadanie odnośnych chorych, a w następstwie ścisłe oddzielenie przypadków prawdziwéj gruźlicy od suchot płucnych wiele wyjaśni i znakomicie zmniejszy procent zaraźliwości, jaki obecnie podają niektórzy dla gruźlicy.

Dr. Stanisław Balicki.
Sekretarz.

VII. Sekcyja okulistyczna międzynarodowego Zjazdu w Londynie

odbyła prócz posiedzenia wstępnego pięć posiedzeń w godzinach przedpołudniowych, w dniach 4ch aż do 9go sierpnia, a nadto dwa posiedzenia popołudniowe, na których okazywano narzędzia, przyrządy i preparaty. Między licznemi członkami téj sekcyi napotykamy imiona najznakomitszych przedstawicieli okulistyki wszystkich narodów europejskich (z wyjątkiem Rosyjan) i kilku lekarzy amerykańskich; z Polaków Dra Gałęzowskiego (zaliczonego do Francuzów), Dra Wicherkiewicza (do Niemców). Posiedzenie wstępne, odbyte 3go sierpnia, zagaił przewodniczący Bowman obszerną przemową, w któréj po powitaniu zgromadzonych uczynił wzmiankę o pracach 4go międzynarodowego Zjazdu okulistów, odbytego w roku 1872 w Londynie i zauważył, że „okulistyka oddzielona od ogółu umiejętności lekarskich skazaną była wówczas na pewien rodzaj odosobnienia, podczas gdy obecnie tworzy ważną ich gałęź, cenioną samą przez się, tudzież z powodu dobroczynnego wpływu, jaki wywiera na rozległêm polu nauk lekarskich w ogólności." Streszczenie wszystkich wykładów i rozpraw nie odpowiadałoby ani ramom ani przeznaczeniu Przeglądu Lekarskiego, poprzestaniemy więc na sprawozdaniu z najważniejszych zagadnień, któremi się sekcyja zajmowała. Do takich należała rzecz o leczeniu antiseptycznêm po operacyi zaćmy miana przez Hornera na pierwszêm posiedzeniu w dniu 4tym sierpnia pod przewodnictwem Bowmana. Przyczyny strat pierwotnych po operacyi zaćmy H. dzieli jak następuje:

I. Zakażenie czynne, którego przyczyny bezpośrednie znajdują się zewnątrz, a mianowicie *a)* w sąsiedztwie oka, jak: choroby powiek, spojówki, woreczka łzowego, *b)* w materyjale operacyjnym jak: gąbki, narzędzia, opatrunek. *c)* W bakteryjach chorobotwórczych samego chorego lub osób, które go otaczają.

II. Zakażenie bierne, o które obwiniać należy samo pole operacyjne, sposobne do rozmnażania się ustrojów drobnowidowych. Temu zakażeniu sprzyja

1. wszystko co dzielność żywotną rany zmniejsza, jak: nieprawidłowość rany, stłuczenie jéj brzegów, środki przeciwgnilne w niestosownêm zgęszczeniu, nieczyste lub zbyt silne.

2. Pewne stany ogólne, które według doświadczenia zmniejszają odporność tkanin przeciw urazom i zakażeniu miejscowemu (zatrucie wyskokowe).

Straty drugorzędne zawisłe od zapalenia tęczówki, lub tęczówki i ciałka rzęskowego itd. umieścić należy w drugiéj grupie. H. zastanawia się następnie nad wielkością, postacią i umiejscowieniem rany. Rozmiary rany nie mają, jak statystyka uczy, wielkiego znaczenia, byle nie przekraczały potrzeby fizycznéj. O najmniejszych rozmiarach cięcia rogówkowego stanowi niebezpieczeństwo ugniecenia brzegów rany i zmniejszenia jéj dzielności żywotnéj; największe rozmiary wskazują nam największe rozmiary zaćmy. Postać rany może zwiększyć skłonność do zakażenia miejscowego utrudniając wystąpienie soczewki (rany bez względnie linijowe). Zbyt wielka wysokość płata z drugiéj strony utrudnia zbytecznie odżywianie. W obu przypadkach najmniejsze zakażenie staje się niebezpiecznêm. Co do umiejscowienia rany, to położenie obwodowe zmnejsza złe następstwa zapalenia. Przypuszczając, że rozmiary, postać i położenie cięcia odpowiadają zasadom sztuki, pewne ostrożności mogą, zdaniem mówcy, zmniejszyć z pewnością ilość przypadków z niepomyślnêm zakończeniem po operacyi zaćmy. Ostrożności te streścić można jak następuje:

Przed operacyją. Oczyszczenie przeciwgnilne pola operacyjnego, narzędzi i wszelkich przedmiotów, które się z chorym stykają.

Podczas operacyi. Wystrzegać się trzeba zmniejszenia dzielności żywotnéj okolicy rany a tkaniny zabezpieczać od wpływów zakaźnych.

Po operacyi oczyścić należy przeciwgnilnie pole operacyjne i chronić oko od zakażenia wtórorzędnego.

Postępowanie przeciwgnilne zapobiegawcze odnosi się do samego chorego, którego ciało i odzież winny byc czyste (kąpiele). Operator, asystenci, posługa zachowują mniéj więcéj takie same ostrożności, jak w owaryjotomii. H. zwraca uwagę na niebezpieczeństwo wynikające z poprzedniego zwiedzania sal anatomicznych i prosektoryjum. Narzędzia zasługują na wielką baczność. H. badał cały szereg środków przeciwgnilnych w stężeniu skutecznêm, a to celem poznania ich wpływu na ostrze narzędzi, a w dalszêm następstwie na czystość rany. Odrzucić należy kwas borowy i salicylowy, gdyż szkodzą ostrości nożów, lepszy jest kwas karbolowy. Będźwinian sodowy jest obojętny. Resorcyn i hydrochinon tworzą po dłuższêm zetknięciu się rodzaj powłoczki, która ostrości nie szkodzi. Wyskok bezwzględny, drogi a rzadko dobry, nie powinien stykać się z raną. Gąbki należy maczać w 5% roczynie kwasu salicylowego. H. porzucił zupełnie mgłę (spray) a używa 5% waty salicylowéj maczanéj w wodzie wysyconéj na zimno salicylem i wyciska ją nad okiem otwartêm i powiekami. W ten sposób odczyszcza się załamek spojówki lepiéj niż mgłą a drażni się oko mniéj, aniżeli mgłą karbolową. Nienaganne wykonanie saméj operacyi daje znakomitą rękojmię powodzenia, a dobre wypadki statystyczne zależą głównie od niego. Z drugiéj strony pewną jest rzeczą, że doskonała czystość narzędzi zmniejszając uraz zadany oku, zmniejsza tkliwość na zarodki gnilne. Po skończeniu operacyi i użyciu środków zapobiegających zakażeniu od spojówki i woreczka łzowego wystarcza opatrunek z czystéj waty tak do znieruchomienia powiek jako też do przeszkodzenia zakażeniu przez powietrze. Skutkiem swojego położenia rana zachowuje się jakby

rana podskórna, a po upływie sześciu godzin jest już zlepiona. W razie wystąpienia ropienia w brzegach rany, należy odrazić załamek spojówki, otworzyć ranę na nowo i utrzymywać ją otwartą, póki się nie oczyści. Mowca przekonany jest, że postępując w ten sposób operatorowie mniéj będą mieli niepowodzeń. Liczby podane przez Noyes'a i Geislera wykazują 10·4% straty po cięciu płatowém, zaś 5·8% po cięciu linijowém. Arlt podaje 7·36% straty po wydobyciu płatowém a 5·67% po linijowém. Sposób przeciwgnilny zastósowany roztropnie zmniejszyć może te straty aż do 1·5% (na 737 operacyj).

Z ożywionych nad tym przedmiotem rozpraw wynika, że jedni (Warlomont, Gayet, Knapp, Dor) uważają postępowanie przeciwgnilne w operacyi zaćmy za zbyteczne, a niekiedy nawet może szkodliwe i uciekają się do niego tylko w tych przypadkach, w których jest jakieś rzeczywiste niebezpieczeństwo zakażenia (cierpienia spojówki, woreczka łzowego, róża części sąsiednich). Inni (Wecker, Gałęzowski, Pagenstecher) są mniéj więcéj gorącymi zwolennikami tego sposobu, przyznają jednak równocześnie, że dopiero przyszłość wykaże, któremu ze środków przeciwgnilnych należy się pierwszeństwo. Rozprawy zamyka Horner wyznaniem, że „postępowanie przeciwgnilne potrzebne jest dla operatorów początkujących, a niezbędne w szpitalach przepełnionych; doświadczony operator może i bez niego mieć dobre wyniki, ale czyni ono je pewniejszemi". Sprawozdawca Przegl. Lek. poprzestaje na staranném czyszczeniu narzędzi operacyjnych wyskokiem i maczaniu należycie oczyszczonych gąbek, używanych podczas operacyi, w 2% roztczynie kwasu karbolowego, a rezultaty otrzymane w ostatnich czterech latach w klinice krakowskiéj, tudzież w praktyce prywatnéj są mimo to nader korzystne. *Prof. Rydel.*

Zjazd okulistów w Heidelbergu.

Po dwuletniéj przerwie zgromadzili się dnia 14 września r. b. członkowie Towarzystwa oftalmologicznego w Heidelbergu. Zjazd był dość liczny. Profesorowie okulistyki uniwersytetów niemieckich, przeważnie uczniowie szkoły Graefego, stawili się prawie bez wyjątku. Z austryjackich okulistów przybyli profesor Arlt, Brettauer z Tryjestu, Goldzieher z Pesztu i Kerschbaumer z Salzburga, z Paryża był Dr. E. Meyer, a z Nowego-Yorku prof. Knapp. Wszystkich było do 70 uczestników, którzy z małemi wyjątkami znane mają w literaturze okulistycznéj nazwisko.

Z trzech znakomitych założycieli Towarzystwa, z których nazwiskiem ściśle wiąże się postęp i rozkwit nowszéj okulistyki, obecny był tylko Arlt, któremu nie szczędzono objawów zasłużonego hołdu i szacunku. Donders, z powodu nadwątlonego stanu zdrowia, nieobecność swoją przed Wydziałem Towarzystwa usprawiedliwił. Pamięć zaś Graefego, trzeciego z założycieli, odżyła w myśli zgromadzonych. Kady z obecnych czuł, jak z prac i myśli, które zawcześnie zgasły rzucił, najpoważniejsze prace późniejsze początek swój biorą. Dość téż często wspominano o Graefem, poświęcając pamięci jego wyrazy uwielbienia i żalu.

Przechodząc do krótkiego sprawozdania z ważniejszych prac naukowych Zjazdu, wspomnę naprzód, iż je godnie zapisać można obok znakomitych wyników naukowych, jakie wydały poprzednie Zjazdy. Chociaż bowiem doniosłość naukowa i praktyczna tychże nie będzie tak wielką, jak doniosłość wielu prac, które ogłoszono w czasach, kiedy kierunek anatomiczno-patologiczny stał się podstawą nowszéj okulistyki, kiedy wynaleziono wziernik oczny, kiedy zasady optyki zastósowano w nauce o refrakcyi i akomodacyi, to przecież dzisiejsze prace, jako owoc wielkiéj pilności i sumiennéj pracy, zasługują na uznanie świata naukowego. „Wspaniały czas," powiedział Donders na przedostatnim Zjeździe okulistów, „w którym nauka wykazala całkiem nowe drogi, tak że wystarczyło tylko lekko poruszyć drzewa na świéżo uprawionéj niwie rosnące, aby spadły obficie owoce— już przeminął!" Dziś okulistyka olbrzymich nie robi postępów, a mały krok naprzód wymaga już wielkich wysileń i wielkiéj pilności.

Wrażenie najznakomitszéj pracy z tych, które Zjazd wydał, zrobiła praca prof. Sattlera z Erlangi. Zdam z niéj nieco obszerniejszą sprawę. Mówił o patologii jaglicy i kilku innych spraw chorobowych spojówki. Przedewszystkiém chciał autor wyjaśnić etyjologiję jaglicy i wykazać, czy zachodzi jaki związek przyczynowy pomiędzy nią a innemi zaraźliwemi chorobami spojówki. Zwraca naprzód na to uwagę, iż w zupełnie prawidłowéj spojówce nie znachodził nigdy mieszków. Napotkać je można tylko we wrzekomo zdrowych spojówkach w okolicach, gdzie się znajduje wielu chorych na jaglicę. Sądzi więc, iż samo pojawianie się mieszków w spojówce jest już chorobowe i że pozostaje w przyczynowym związku z jaglicą, tak że przedstawia tę samą chorobę o słabszém nasileniu. W wydzielinie spojówkowéj u chorych cierpiących na jaglicę znachodził mikrokoki, zupełnie podobne do tych, które napotykamy w wydzielinie rzeżączkowéj, tylko trochę mniejsze. Badanie drobnowidowe spojówki wykazało, iż mikrokoki, które napotykamy w wydzielinie, w tkaninie spojówkowéj zawsze wykazać było można. To już nasuwało myśl, iż one być mogą przyczyną jaglicy. Aby to udowodnić, hodowano mikrokoki. Sattler przeniósł na zdrową spojówkę ciecz, w któréj je hodował, skutkiem czego powstała jaglica. Uwzględniwszy, iż przed szczepieniem badał chorego dokładnie i stwierdził, iż nie cierpi na jaglicę, że robił doświadczenia w Erlandze, w okolicy gdzie jaglica tylko wyjątkowo się pojawia i to u chorych, którzy ją nabyli w innych okolicach, że jaglica jaką wywołał skutkiem zaszczepienie przedstawiała obraz *trachoma verum* (Arlt), że wreszcie przy badaniu drobnowidowém mógł wykazać mikrokoki, sądzi, iż dostatecznie udowodnił, że jaglica powstaje skutkiem szkodliwego działania mikrokoków na błonę spojówkową. Daléj przytacza, iż spostrzegł, że dzieci cierpiały na śluzoropotok ostry, u których z największą pewnością wykluczyć było można zakażenie wydzieliną rzeżączkową, których matki natomiast cierpiały na upławy białe; że chorobowa wydzielina pochwy, jaką napotykamy po nadużyciach płciowych, dostawszy się na spojówkę staje się w jednych przypadkach przyczyną zapalenia, które robi wrażenie śluzoropotoku ostrego, w innych zaś przypadkach występuje jako zapalenie jaglicowe. Spostrzeżenie, iż upławy białe, wydzielina rzeżączkowa i śluzoropotokowa, mogą stać się przyczyną jaglicy, wskazuje, iż istnieje powinowactwo przyczynowe pomiędzy temi chorobami, które można wytłumaczyć, przypuszczając, iż mikrokoki są przyczyną choroby spojówkowéj, i że według stopnia rozwoju, w jakim się znajdują, stają się przyczyną różnych na pozór chorób spojówkowych. Widocznie mikrokoki, stósownie do okoliczności mniéj lub więcéj ich rozwojowi sprzyjających, przeistaczają

i przeobrażają się, a skutkiem tego własność drażniąca i wywołująca nowotwory *(trachoma)* albo słabszą się staje, albo się też potęguje. Wiadomo, iż Arlt dotąd twierdził, iż jaglica powstaje skutkiem chorób ogólnych i pojawia się najczęściéj u zolzowatych. Obecnie jednak Arlt zmienił swoje zapatrywanie. Sądzi, iż *Conjunctivitis granulosa* nie jest chorobą swoistą, tylko zmienioną *(modificirt)* sprawą śluzoropotokową, która pierwotnie powstała skutkiem dostania się chorobowéj wydzieliny z części płciowych do oka, a przez ciągłe przeszczepianie stała się mniéj gwałtowną a natomiast uporczywą i przewlekłą (Arlt, *Klinische Darstellung der Krankheiten des Auges* 1881). To też w têm najnowszém dziele połączył działy o jaglicy i o śluzoropotoku przewlekłym w jeden dział. Więc drogą kliniczną doszedł do tego samego wyniku co do zależności przyczynowéj chorób spojówkowych, co i Sattler, który nadto wykazał anatomicznie przyczynę choroby.

Daléj podał prelegent, iż starał się wykazać, gdzie właściwie mikrokoki mieszkają. Z góry można było przewidzieć, iż wyłącznie w wydzielinie spojówkowéj mieszkać nie mogą, ani też w przybłonku, jeżeli uwzględnimy, że skutkiem tuszowania oddzielają się nietylko powierzchowne ale i głębsze warstwy przybłonka, a przecież choroba trwa daléj. Sattler wykazał, iż mikroki mieszkają w mieszkach, w ziarnach jaglicowych i w otoczeniu tychże. Po zadziałaniu 1% roczczynu kwasu chromowego widać w ziarnach jaglicowych mnóstwo drobnych ziarenek i bardzo delikatną tkankę międzyziarenkową. Pomiędzy temi ziarenkami znajdują się mikrokoki w postaci drobnych kuleczek, które się mocniéj zabarwiają, niż istota ziarnista jaglicy. Czasem widać także mikrokoki osadzone od zewnątrz na ziarnach jaglicowych. Chcąc wreszcie wykazać, iż drobne te ciałka nie dostały się przypadkiem od zewnątrz z wydzieliny spojówkowéj lub z przybłonka do ziarn jaglicowych wyciął kawałek powieki i sporządzał cięcia, tnąc od chrząstki powiekowéj ku spojówce. Preparaty drobnowidowe pokazywał prelegent uczestnikom Zjazdu na popołudniowém posiedzeniu, które się odbyło we wzorowo urządzonéj sali wykładowéj kliniki okulistycznéj prof. Beckera.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Zjazd Stowarzyszenia ochrony zdrowia publicznego w Wiedniu.

II.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 41).

Po przyjęciu do wiadomości tak pomyślnego stanu kroków przygotowawczych do wystawy przystąpiono do dalszego porządku dziennego, na którym znajdowały się rozprawy nad korzyściami i szkodliwościami ogrzewania powietrzem. Referentami byli prof. Fischer z Hanoweru, prof. Dr. Fodor z Pesztu i Dr. Maksymilijan Gruber z Wiednia. Przedstawili oni dwie tezy: 1) Gdy system ogrzewania powietrzem jest dobrze urządzonym i uważnie kierowanym, to ze stanowiska zdrowotnego nic mu nie można zarzucić. 2) W obec innych systemów ogrzewania system ten posiada z jednéj strony korzyści a z drugiéj szkody, które w każdym szczegółowym przypadku należy starannie rozważyć. Wykłady trzech referentów zajęły zbyt wiele czasu, a gdy na porządku dziennym znajdował się jeszcze przedmiot o fałszowaniu mąki, spadły z porządku dziennego drugiego posiedzenia, przeto rozprawy nad tak ważną kwestyją ogrzewania gorącém powietrzem zarówno obchodzącą higijenistów jak i inżynijerów toczyły się pospiesznie i nieodpowiednio do ważności przedmiotu pobieżnie.

Zanim przystąpiono do ostatniego przedmiotu odbyły się wybory Zarządu, do którego wybrano: Dr. Warrentrappa z Frankfurtu n M., Dr. Märklina z Wiesbadenu, Dr.Karajana z Wiednia, inżynijera Rietschla i Radcę miejskiego Margrafa z Berlina. W myśl statutu przewodniczący dorocznego Zjazdu (w r. b. Dr. Erhardt) jest zarazem przez rok następny przewodniczącym całego Stowarzyszenia. Przy sposobności wyborów wyrażono życzenie, aby Zjazd w roku przyszłym odbył się z powodu wystawy w Berlinie. Stanowcze oznaczenie miejsca Zjazdu należy stósownie do statutu do Zarządu Stowarzyszenia.

Z kolei przystąpiono do ostatniego przedmiotu obrad o sposobach badania mąki ze względu na dzisiejszy stan przemysłu młynarskiego i zdarzające się fałszerstwa.

Sprawozdawcy prof. Dr. Nowak i prof. Dr. Vogel, obaj z Wiednia, przedłożyli i uzasadnili między innemi następujące tezy: W mące takiéj, jaką w handlu spotykamy, nieraz natrafiamy domieszki nienależące do mąki, pogarszające jéj jakość, a nawet dla zdrowia szkodliwe. Z mineralnych istót napotykamy mianowicie gips, szwerszpat, kredę, hałun, siarkan miedziowy i cynkowy; z roślinnych mąkę z nasion chwastów lub też mąka gorsza domięszaną bywa do mąki lepszéj Domieszki te częścią zmniejszają pożywność mąki i strawność pieczywa (gips, kreda, hałun itd), częścią znów wpływają na zmianę smaku, barwy pieczywa, nakoniec także sprawiają trujące zdrowiu szkodliwe skutki (nasiona Agrostemma Githago, sporyszu, kąkolu). W obec wielkiego znaczenia, jakie mają te nierzadko przydarzające się fałszowania, należy żałować, że ustawy austryjackie i rozporządzenia policyi targowéj odnośne w tylu kierunkach są niedostateczne, a postanowienia odnoszące się do wymiaru kary zbyt nieokreślone. W tym stanie rzeczy w interesie zdrowia publicznego należy żądać, aby i w Austryi jak w Niemczech i innych państwach europejskich, sprzedaż środków pożywczych prawami i rozporządzeniami uregulowaną została. Aby jednak sanitarno-policyjny nadzór nad targami skutecznym się okazał, koniecznemi są obok odpowiednich praw publiczne zakłady do technicznego badania pokarmów i innych potrzeb. Rozpraw nad tym przedmiotem dla spóźnionéj pory nie było.

Obrady Zjazdu zamknął krótką przemową książę Dr. Karol Teodor, któremu w końcu prezes Dr. Erhardt za kierownictwo obrad podziękował.

Takie były zajęcia na posiedzeniach Zjazdu Stowarzyszenia ochrony zdrowia publicznego; po za temi członkowie spędzali czas na wspólnych wycieczkach i oglądaniu zakładów miasta Wiednia, których zwiedzanie, tak zakładów publicznych jak i prywatnych, w dniach Zjazdu było dla członków ułatwione i wszędzie chętnie byli widziani.

III.

Posiedzenia Zjazdu trwające przez 3 dni od 9téj do 2giéj nie wiele zostawiały czasu na zwiedzanie zakładów i urządzeń higienicznych miasta Wiednia, têm mniéj, że popołudnia zajęte były wycieczkami, jak o têm zaraz wspomnę. Na zwiedzanie więc można było poświęcić jedynie czas ranny przed posiedzeniami lub czas po drugiém posiedzeniu. Powszechnie też utyskiwano na brak czasu na zwiedzania, które w podobnych Zjazdach są także ważnemi i wielu członków nie brało nawet udziału w wycieczkach, aby zyskać czas na zwiedzanie, przez co następował rozdział, brak

było sposobności bliższego zapoznania się, tworzyły się różne kółka i częściami zwiedzano, co kogo więcéj interesowało.

Pierwsze popołudnie we środę, poświęcone było wycieczce na Rosenhügel, gdzie znajduje się jeden z 4 rezerwoarów wodociągowych. Uczestnicy mieli tu sposobność, równie jak w wycieczce do Kaiserbrunn, która się odbyła w sobotę, poznania największego higienicznego urządzenia, jakie miasto Wiedeń do skutku doprowadziło. Inżynijer miejski Jahn w krótkim wykładzie po przybyciu omnibusami na miejsce podał wiadomość o urządzeniu wodociągów wiedeńskich.

Miasto Wiedeń już za czasów rzymskich posiadało wodociągi źródlane, a w wiekach średnich, w miarę rozrostu miasta, liczba ich wzrastała. Wodociągi te jednakże nie dostarczały dostatecznéj ilości wody, a gdy po 1830 r. nader wielki brak wody czuć się dawał, rozpoczęto w r. 1836 zakładanie wodociągu z Dunaju *(Kaiser Ferdinandwasserleitung)* kopiąc wzdłuż brzegów płytkie podłużne basseny, do których woda z Dunaju się przesączała, a wodę tę maszyny parowe rurami po mieście rozprowadzały. Wkrótce i te wodociągi okazały się niedostatecznemi, zwłaszcza przy nizkim stanie wody w rzece, a wydajność ich starano się zwiększyć częścią przedłużając je stopniowo, a częścią pogłębiając aż do pierwszéj warstwy nieprzepuszczalnéj, przez co w tych basenach nagromadzała się woda zaskórnia z sąsiednich wyżyn do Dunaju dążąca. Gdy jednak wodą tego wodociągu zaczęto w r. 1857 zaopatrywać domy prywatne, okazało się, że i on nie czyni zadość potrzebie, uciekczono się więc do filtrowania wody z Dunaju. Przy ogromnym wzroście miasta po r. 1860 i to nie wystarczało, poczęto więc myśleć o sprowadzeniu dostatecznéj ilości wody z dalszych okolic, aby przynajmniéj na jakiś czas potrzeby zaspokoić. W r. 1870 rozpoczęto budować wodociąg Franciszka Józefa, ukończony w r. 1874, który dziś całe miasto w tak wyborową wodę zaopatruje, jakiéj żadne inne miasto nie posiada. Wodociąg ten doprowadza wodę dwóch źródeł: Kaiserbrunnenquelle położone u stóp Schneebergu w Höllenthal i Stixensteinerquelle w dolinie Sirning, oba źródła są oddalone od Wiednia o mil 13. Wodociąg spólny doprowadzający wodę do miasta jest tych rozmiarów, że mógłby w ciągu doby doprowadzić 2.500.000 wiader = 141.472·3 metr. sz. Woda dopływa tym wodociągiem do rezerwoaru na Rosenhügel, który 3 inne jeszcze rezerwoary zaopatrujące pojedyńcze części miasta zasila. Ten to główny zbiornik, wzniesiony 87·9 metr. nad poziom Dunaju, zwiedzali członkowie Zjazdu, aby nabrać wyobrażenia o nadzwyczajnych rozmiarach całego tego urządzenia. Woda skutkiem wysokiego położenia rezerwoarów może się dostawać na najwyższe piętra domów najwyżéj położonych dzielnic miasta. Sieć rur rozprowadzających wodę ma obecnie 44 mil = 336.5 klm. długości. Obecnie wszelkiéj wody, nawet potrzebnéj do skrapiania ogrodów i ulic, dostarcza ten wodociąg, zaopatrujący 20 basenów, 224 studzien publicznych oraz wszystkie publiczne budynki i prawie 9.000 domów. Spotrzebowanie w lecie wynosi przecięciowo 62.500 metr. sz., w zimie 45.454 metr. sz. Koszta całego urządzenia wynosiły podobno przeszło 30 milijonów złr.

Co się tyczy jakości wody, to ta jest wyborową; ciepłota nizka, smak nader przyjemny zadowalają wszelkie wymogi. Obawy, że woda przechodząc przez tak długie rury utraci coś ze swych przymiotów, okazały się płonnemi, rozbiory bowiem chemiczne wody czerpanéj z basenów przekonywają, że woda w nich ma wyborowe własności.

Przy tych objaśnieniach inżynijer Jahn podnosił tylko dobre strony tych wodociągów, nie wspomniał o tém, że wynik nie dorównał oczekiwaniom i że one nie zawsze czynią zadość potrzebie tak, że miasto Wiedeń zamyśla zwiększyć dowóz wody przez wciągnienie nowych źródeł.

W powrocie z rezerwoaru na Rosenhügel zatrzymali się uczestnicy wycieczki w Neue Welt w Hietzing, gdzie do wspólnego zasiedli obiadu.

Dnia następnego we czwartek mieli członkowie czas wolny od posiedzeń obrócić na zwiedzanie różnych gmachów publicznych, a następnie miała się odbyć uczta wspólna składkowa, — w ostatnich jednak dniach program uległ zmianie, gdyż gmina miasta Wiednia zaprosiła członków Zjazdu do zwiedzenia budującego się ratusza, a następnie w piwnicy tegoż *(Rathhauskeller)* urządzono kosztem gminy przyjęcie dla członków Zjazdu Nie ukończonego ratusza wspaniałego i wielkiemi rozmiarami imponującego trudno mi opisywać nawet co do urządzeń higienicznych, bo urządzenia te nie są jeszcze w tym stanie, aby można mieć o nich dokładne wyobrażenie, a co do podjęcia to było ono godne tak wielkiego miasta ponieważ zaś urządzeniem zajmowała się znana firma gastronomiczna Sachera nie pozostawiało nic do życzenia. Wzniesiono toasta na cześć Cesarza Franciszka Józefa I., który za pośrednictwem księcia Dra Karola Teodora przesłał zgromadzonym pozdrowienie, Cesarza Wilhelma, księcia Karola Teodora, m. Wiednia itd. Uczta ta przeciągła się od 6téj wieczór do północy. Na posiedzeniu zaś ostatniém Zjazdu uchwalono, o czém nadmienić zapomniałem, telegram dziękczynny do Cesarza za pozdrowienie, o którém w czasie uczty w ratuszu książe Karol Teodor zawiadomił. Cesarz nie omieszkał za ten telegram podziękować depeszą telegraficzną, która w sobotę nadeszła do Payerbach w czasie wycieczki członków Zjazdu do Kaiserbrunn. Dnia następnego uchwaliła Rada miasta Wiednia, aby w piwnicy, w miejscu gdzie przy uczcie siedział książe Karol Teodor, wmurować tablicę pamiątkową. Tak podjęcie jakoteż uchwała dowodzą, jak mile wdzianym był Zjazd w murach stolicy.

(Dokończenie nastąpi).

VIII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* Na posiedzeniu Komisyi sanitarnéj miejskiéj, odbytém w dn. 30 września rb. pod przewodnictwem radcy m. Dra. Warschauera 1) Dr. Buszek przedstawił Dra Wilkosza, mianowanego sekretarzem komisyi sanitarnéj. 2) Tenże odczytał wyniki rozbiorów chemicznych prof. Stopczańskiego, a mianowicie: *a)* farb używanych w fabryce cukierków Goldschneidera na Kazimierzu. Rozbiór nie wykazał farb zdrowiu szkodliwych. *b)* Wód ze studni w realności Mazala i z rowu poza wałem fortyfikacyjnym przy ulicy Karmelickiéj. *c)* Tutek do ssania. Tutki te zawierały bardzo wiele cynku. 3) Tenże przypomina: *a)* Ułożenie przez odpowiednią komisyję instrukcyi dla służby zdrowia. Ponieważ większa liczba członków téjże komisyi obecnie w komisyi sanitarnéj nie zasiada, przeto wybrano nową komisyję złożoną z Drów Domańskiego, Pareńskiego i Buszka. *b)* Sprawozdanie z rozbiorów wód, projektowanych do wodociągów. Uchwalono zażądać od Dr. K. Grabowskiego rzeczonego sprawozdania. 4) Rozwiązano komisyje delegowane do ułożenia regulaminu czyszczenia miasta i instrukcyi dla rozbiorów policyjno-sanitarnych. 5) Dr Buszek przedkłada nową instrukcyję dla akuszerek, wydaną rozporządzeniem Ministerstwa spraw wewnętrznych z dn. 4 czerwca 1881 i daje krótki pogląd na sprawy załatwione w biórze fizykackiém. 6) Tenże odczytał statystykę śmiertelności i chorób zakaźnych z ostatnich kilku tygodni i poczynił stosowne uwagi. 7) Oddano statut komisyi sanitarnéj do przejrzenia prof. Domańskiemu i fiz. Buszkowi. 8) Na wniosek prof. Domańskiego polecono

Dr. Buszkowi i Rybczyńskiemu zbadać pod względem sanitarnym domy, zamieszkałe przez służbę kolei północnéj a to z powodu, iż tamże często choroby zakaźne się pojawiają.

Statystyka epidemij. W tygodniu 38 (do 17 września) ospa w Londynie bardziéj się ograniczyła. Leczyło się w szpitalach 556, świeżo zapadło 74, umarło 26. W Paryżu umarło 10, w Petersburgu 5, w Wiedniu 13, w Saragosie 14, w Budapeszcie 6. Z duru brzusznego umierało więcéj w Budapeszcie, Paryżu i Petersburgu. Z duru osutkowego wydarzyły się przypadki śmierci: w Budapeszcie, Londynie, Walencyi, Maladze, Saragosie, Petersburgu i Madrycie. Czerwonka złagodniała w Granadzie i Aleksandryi. W Rio de Janeiro umarło od 16 do 31 lipca 1 osoba z febry żółtéj. W tygodniu 39 (do 24go września umarło w Krakowie: 1 z płonicy, 2 z błonicy, 1 z czerwonki, a doniesiono w tymże czasie o 1 przypadku ospy, 6 płonicy, 5 błonicy, 3 krztuśca, 2 duru brzusznego, 2 czerwonki.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 37 (do 10 września) umarło na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 24,8; w Poznaniu 34,8; w Wiedniu 21,3; w Budapeszcie 36,2; w Pradze 23,7; w Tryjeście 29,2; w Berlinie 22,4; w Wrocławiu 27,1; w Gdańsku 25,4; w Mnichowie 33,5; w Dreźnie 17,9; w Lipsku 17,8; w Brukseli 22,9; w Amsterdamie 18,5; w Hadze 20,3; w Paryżu 23,2; w Londynie 15,7; w Kopenhadze 22,5; w Stokholmie 23,2; w Chrystyjanii 10,4; w Petersburgu 41,0; w Odessie 30,7; w Bukareszcie 19,8; w Madrycie 38,7; w Saragosie 50,1; w Aleksandryi 46,8; w Nowym Jorku 36,7; w Filadelfii 27,5; w Rio de Janeiro 42,3; w Bombaju 36,1; w Madrasie 36,6.

IX. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 13 października. Na posiedzeniu 1szém Wydz. lek. odbytém w d. 7 bm. dziekan prof. Stopczański uczcił pamięć zmarłego pod koniec ostatniego półrocza prof. Bryka i przywitał nowo mianowanego profesora medycyny sądowéj, podając do wiadomości Wydziału, że p. Minister oświaty przeznaczył kwotę 600 złą. na urządzenie zakładu sądowolekarskiego, że dotacyję roczną z 50 fl. podniósł do 150 fl., że przyzwolił na ustanowienie demonstratora przy tym zakładzie z wynagrodzeniem rocznem 300 złą. i na przyjęcie sługi pomocnika, wreszcie że wezwał Wydział do uczynienia wniosku co do pomieszczenia zakładu.—Następnie Wydział uchwalił przedstawić Ministerstwu jako zastępcę profesora kliniki chirurgicznéj na czas potrzeby prymaryjusza i doc. Dra Obalińskiego, a równocześnie wybrał komisyję, która ma przedstawić Wydziałowi wniosek pod względem stałego obsadzenia katedry opróżnionéj.—Wreszcie uchwalił Wydział rozpisać konkurs na ustanowioną przez p. Ministra posadę asystenta przy klinice chorób dzieci, oraz na posadę asystenta przy katedrze anatomii patologicznéj z terminem do d. 21 bm.

* Dzień dzisiejszy jest dniem 60tych urodzin Rudolfa Virchowa. Uzyskał on dyplom doktora medycyny w Berlinie d. 21 października 1843, a w rozprawie inauguralnéj p. t. *De rheumate praesertim corneae* podaje następujące daty bijograficzne: *Natus sum Rudolphus Ludovicus Carolus Virchow anno 1821 die 13 Octobris Schivelbeinii, oppido Pomeraniae Neomarchico, quo pater Carolus mercator, mater Joanna e gente Hesse adhuc exoptata vita fruuntur. Fidei evangelicae addictus.*

* Na posiedzeniu w d. 8 bm. odbytém Sejm zgodził się bez dyskusyi na wniosek Wydziału krajowego względem mianowania Dra Szeparowicza stałym prymaryjuszem w szpitalu powszechnym we Lwowie; na posiedzeniu zaś z d. 11 bm. uchwalono również bez dyskusyi podwyższenie płacy dyrektorowi zakładu dla obłąkanych w Kulparkowie, Drowi Neusserowi.

* **Wiedeń.** Ministerstwo poruczyło docentowi i prosektorowi Drowi H. Chiaremu zastępstwo katedry anatomii patologicznéj na półrocze zimowe, a docentowi Drowi Hollowi we Wiedniu zastępstwo katedry anatomii opisowéj w Insbruku.

* **Paryż.** W półroczu zimowém wykładać będą w Wydziale lekarskim tutejszym: Gavarret i Gay fizykę lekarską, Jaccoud patologiję lek., Sappey i Farabоeuf anatomiję odisową, patologiję i terapiję ogólną Bouchard, chemiję lekarską Wurtz i Hanriot, patologiję chirurgiczną Duplay, operacyje Le Fort, histologiję Robin, historyję medycyny Laboulbène, klinikę lekarską: Sée, Lasègue, Hardy, Potain, choroby umysłowe Ball, dziecięce Parrot, syfilityczne i skórne Fournier, klinikę chirurgiczną: Gosselin, Richet, Verneuil, Trélat, oftalmologiczną Panas, położniczą Depaul, medycynę sądową Brouardel.

* **Nekrologija.** W Warszawie umarł Dr. Teofil Wisłocki, profesor w wydziale lekarskim. Zmarły rozmaite przebył koleje. Urodzony w r. 1815 w Tymbarku w Galicyi, ukończył szkoły średnie w Przemyślu, we Lwowie uczęszczał na Wydział teologiczny, w Berlinie na lekarski, w Dreźnie miał udział w wydawnictwach publicznych; w r. 1849 praktykował we Lwowie podczas cholery, od r. 1851 bawił we Wiedniu, gdzie ogłosił po niemiecku kompendyjum anatomii patologicznéj i repertoryjum farmakologii i wydawał dziennik polityczny *Wanderer*, a w r. 1856 znów we Lwowie redagował *Świt*. W r. 1857 powołany został do Warszawy jako profesor zrazu anatomii patologicznéj, późniéj medycyny sądowéj, a wreszcie wykładał policyję lekarską. Był to pisarz i tłumacz niestrudzony; znane są tłumaczenia jego dzieła Caspra-Limana i antropologii Peschla; tłumaczenia te atoli nie doczekały się uznania.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 40: Pawłowskiego: Spostrzeżenia nad chorobami tyfusowemi, leczonemi w lazarecie wojskowym w Pułtusku; Rozenthala: Wynicowanie macicy, odprowadzenie, pęknięcie pochwy, wyzdrowienie. — Nr. 41 *Medycyny* nie otrzymaliśmy.

Redakcyja otrzymała:

Prof. E. HOFMANN (we Wiedniu): Uiber Stichwunden in Bezug auf das verletzende Werkzeug u. dessen Erkennung. (Osobne odbicie z W. Med. Jahrb. 1881) in 8vo str. 21 z tablicą.

Piśmiennictwo lekarskie. COLLET y GURGUI J. Die Ovarialschwangerschaft v. pathol.-anatom. Standpunkte. M. 2 Tfln. Lex. 8. Stuttgart, Cotta. M. 5.

DIDAY. Le péril vénérien dans les familles. 12. Paris, Asselin. Fr. 5.

DIRR. Guide pratique pour constater les falsifications du lait 18. Paris, J. B. Baillière et fils. Fr. $1\frac{1}{2}$.

FABRE A. Fragments de clinique médicale. Leçons recueillies par Audibert. 8. Paris, Delahaye. Fr. 4.

FAGE. Etude sur l'operation d'Emmet. 8. Paris, Delahoye et L. Fr. 3.

Towarzystwo lek. krak. odbędzie we środę dnia 19 bm. posiedzenie zwyczajne w Sali Akademii Umiejętności, na którém po zapowiedzianém już odczycie kol. prof. Browicza, kol doc Pieniążek okaże i objaśni przyrząd esofagoskop Störka.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.